



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2018 30 stp**

Fakultet for landskap og samfunn  
Institutt for folkehelsevitenskap

## **Det systematiske folkehelsearbeidet** – en casestudie av arbeidet med helseoversikt og planstrategi i to kommuner

**Lisa Mikkelsen**

Master i folkehelsevitenskap



# 1 FORORD

Jeg vil gjerne rette en takk til alle de fantastiske intervjudeltakerne som tok seg tid til å møte meg og dele deres kunnskap og erfaringer.

Videre vil jeg takke Kjersti Norgaard Aase og Kjersti Ulriksen ved Telemark Fylkeskommune for at dere ga meg denne muligheten. Dere har vist tålmodighet og kommet med konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til Hege Hofstad, som har veiledet meg i prosessen og bedt meg puste med magen i en hektisk innspurt.

Til sist vil jeg takke mine nærmeste, store og små, for all støtte og oppmuntring. Jeg hadde ikke klart dette uten dere.

Beste hilsen

Lisa Mikkelsen

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>SUMMARY</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1	Studiens formål .....	9
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	9
1.3	Begreper .....	10
<b>2</b>	<b>BAKGRUNN</b> .....	<b>11</b>
2.1	Føringer i Norsk folkehelsearbeid .....	11
2.2	Prinsippet «helse i alt vi gjør» .....	12
2.3	Kommunen som helsefremmer - sett i lys av determinantperspektivet .....	12
2.4	Folkehelseperspektivet i plan- og bygningsloven.....	14
2.4.1	Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging .....	14
2.5	Et systematisk folkehelsearbeid tilpasset plan- og bygningsloven .....	14
2.6	Relevant forskning.....	20
<b>3</b>	<b>TEORETISK RAMME</b> .....	<b>22</b>
3.1	Folkehelse og det systematiske folkehelsearbeidet som organisasjonsidéer.....	22
3.2	Pragmatisk institusjonalisme .....	22
3.3	Virusteorien.....	23
3.4	Translasjonsteorien .....	25
3.4.1	Kontekstualisering og translatørkompetanse .....	25
<b>4</b>	<b>METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>28</b>
4.1	Kvalitative og kvantitative metoder.....	28
4.2	Valg av casestudie som forskningsmetode .....	28
4.3	Praktisk gjennomføring .....	29
4.3.1	Definering og valg av case.....	29
4.3.2	Valg av datakilder .....	30

4.3.3	Rekrutteringen av intervjudeltakere .....	30
4.3.4	Valg av intervjumetode .....	31
4.3.5	Utarbeidingen av intervjuguiden.....	31
4.3.6	Pilotintervjuene.....	32
4.3.7	Gjennomføringen av intervjuene.....	32
4.3.8	Intervjuanalysen – valg av metode og beskrivelse av analyseprosessen .....	33
4.3.9	Beskrivelse av dokumentanalysen .....	36
<b>5</b>	<b>ETISKE HENSYN .....</b>	<b>38</b>
5.1	Informert samtykke .....	38
5.2	Konfidensialitet.....	38
5.3	Konsekvenser .....	38
5.4	Forskerens rolle.....	39
<b>6</b>	<b>EMPIRIKAPITTELET .....</b>	<b>41</b>
6.1	Presentasjon av Liten kommune .....	41
6.2	Presentasjon av Stor kommune .....	41
6.3	Presentasjon av funn.....	42
6.3.1	Helseoversikten.....	42
6.3.2	Kommunal planstrategi .....	47
6.3.3	Folkehelseplanen.....	49
6.3.4	Forankring og drivkraft .....	52
6.3.5	Drivkraft og kapasitet.....	56
6.3.6	Helsebegrepet .....	58
<b>7</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>61</b>
7.1	i hvilken grad er folkehelseperspektivet forankret politisk, administrativt, organisatorisk og i plan?.....	61
7.2	Hvordan har kommunene <i>oversatt og håndtert</i> kravene tilknyttet helseoversikten og planstrategien? .....	64
7.3	Avslutning .....	65
7.4	Metodekritikk / Metodisk kvalitet.....	66
<b>8</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>VEDLEGG 1 FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT .....</b>	<b>71</b>
<b>10</b>	<b>VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>73</b>

## 2 SAMMENDRAG

### **Bakgrunn**

Temaet for studien er det systematiske folkehelsearbeidet. Dette ble introdusert i 2012 som en del av samhandlingsreformen, forankret i Folkehelseloven (2011). Studien fokuserer på arbeidet med folkehelseoversikten og planstrategien. At planstrategien er et relativt nytt instrument for kommunen og at den nye folkehelseloven bringer nye føringer for oversiktsarbeidet, gjør det særlig spennende å undersøke hvordan kommunene har møtt oppgaven.

### **Formål:**

Formålet med er å fremskaffe innsikt og kunnskap om prosesser og forhold tilknyttet denne delen av det systematiske folkehelsearbeidet.

### **Metode**

Studien er en casestudie av to kommuner i Telemark, basert på intervjudata og dokumentanalyse.

### **Hovedfunn**

I studien har jeg funnet at økonomiske ressurser har betydning for hvorvidt folkehelsearbeidet dreies i en forebyggende og helsefremmende retning og at økonomi og tid setter begrensninger for det systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelsebegrepet oppleves av aktører i begge kommunene som utydelig og vanskelig å forholde seg til. I begge kommunene trekkes lovverket og nasjonale føringer frem som drivkraft for folkehelsearbeidet.

Begge kommunene er godt i gang med det systematiske folkehelsearbeidet og begge har valgt å forankre folkehelse i en tverrsektoriell folkehelseplan. Tverrsektorielt samarbeid blir trukket frem som en suksessfaktor i arbeidet med helseoversikten. Ingen av kommunene har involvert kommunestyret i særlig grad i utarbeidingen av planstrategien. Begge kommunene har et folkehelseperspektiv i planstrategien. Liten kommune har ikke brukt helseoversikten som grunnlag for planstrategien.

### 3 SUMMARY

#### **Background**

The theme for this study is the public health act of 2012, which introduced a new approach to the public health work, merging it with municipal planning. The main focus of this study lies on the planning strategy, which is a relatively new planning instrument, and the population health overview work.

#### **Purpose**

The purpose is to gain knowledge about success factors and challenges related to the systematic public health work.

#### **Method**

A qualitative case study based on analyses of interviews and documents related to the public health work was performed in two municipalities.

#### **Main findings**

The study suggests that financial resources have an impact on whether public health work is being conducted in a preventive and health promoting way, and that economics and time puts limits on the systematic public health work. The public health concept is perceived by actors in both municipalities as unclear and difficult to relate to. In both municipalities, legislation and national guidelines are drawn as a driving force for public health work. Both municipalities are well underway with the systematic public health work and both have chosen to anchor public health in a cross-sectoral public health plan. Cross-sectoral cooperation is emphasized as a success factor in the work on health surveillance. None of the municipalities involved the municipal council in particular in the preparation of the plan strategy. Both municipalities have a public health perspective in the plan strategy.





# 1 INNLEDNING

Folkehelseloven trådte i kraft i 2012, og med den fikk kommunene et tydeligere ansvar for folkehelsearbeidet. I loven ble det også stilt krav til *hvordan* kommunene skulle håndtere dette ansvaret. Et systematisk folkehelsearbeid ble introdusert, og det er deler av dette arbeidet denne casestudien handler om. Her har jeg studert hvordan to Telemarkskommuner har møtt de aktuelle forventningene som følger folkehelseloven.

Folkehelseloven (2011) er en del av samhandlingsreformen (Helsedirektoratet u.å.-a). Hensikten med samhandlingsreformen var blant annet å løfte forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunene ble oppfordret til å forebygge mer for å kunne reparere mindre. Forskning tyder på at samhandlingsreformen har bidratt til at folkehelsearbeidet har blitt mer prioritert i kommunene (Helgesen et al. 2017; Hofstad & Schou 2017). Videre bærer folkehelsearbeidet et større preg av tverrsektoriell satsing og det har en bedre forankring i plan (ibid.). Sentralt for denne studien er endringen i *hvordan* kommunene jobber med folkehelsearbeidet. Forskningen gir signaler om at folkehelseloven har satt sitt preg, ved at folkehelsearbeidet har blitt mer systematisk (Hofstad & Schou 2017).

Nøkkelen til et systematisk folkehelsearbeid ligger i kravet om å utarbeide et oversiktsdokument (Folkehelseloven 2011). Dette skal beskrive befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker folkehelsen. Helseoversikten legger grunnlaget for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og det er denne som forener folkehelsearbeidet med plan- og bygningslovens fireårige plansyklus. Samkjøringen gjør folkehelsearbeidet forutsigbart, langsiktig og systematisk, samtidig som det krever politisk forankring og et tverrsektorielt perspektiv.

Et koblingspunkt mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven ligger i at helseoversikten skal brukes som grunnlag for den kommunale planstrategien. Planstrategien skal utarbeides i etterkant av lokalvalgene hvert fjerde år (Folkehelseloven 2011, § 6). Kravet om planstrategi ble innført da den nye plan- og bygningsloven trådte i kraft i 2008 og er dermed et relativt nytt verktøy for kommunene.

Å ha oversikt over helsestatus og påvirkningsfaktorer er i utgangspunktet ikke noe nytt for kommunene. Så tidlig som i 1860, da Sundhetsloven trådte i kraft, ble kommunene pålagt å vise oppmerksomhet mot «Stedets Sundhetsforhold, og på hva derpaa kan have Indflydelse» (Helsedirektoratet 2013). Også i kommunehelsetjenesteloven (1982, §1-4) var det stadfestet at «Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som kan virke inn på denne» (ibid.). Ut fra disse tidligere lovene kan vi anta at kommunene har lang erfaring å bygge på med tanke på oversiktsarbeid. Folkehelselovens krav om et oversiktsdokument bringer imidlertid med seg noen nye forventninger, både når det kommer til innhold og hva oversikten konkret skal brukes til.

Helseoversikten er den første av fem faser i det systematiske folkehelsearbeidet, og planstrategien representerer den påfølgende. Det er disse to fasene jeg vil fokusere mest på i denne studien.

## 1.1 STUDIENS FORMÅL

Helsedirektoratet har pekt på et behov for vektlegging av implementeringsforskning innenfor folkehelsefeltet, samt et behov for å samle og formidle eksempler fra kommuners håndtering av folkehelseovens krav (Helsedirektoratet 2014, s. 12 og s. 101). Kommuner kan på mange områder la seg inspirere og lære av hverandre. For selv om ingen kommuner er like, så finnes det fellestrekk. Relevant for denne studien er blant annet at alle kommunene må håndtere de samme relativt nye kravene og forventningene som følger folkehelseoven (2011).

I denne studien har jeg undersøkt hvordan en stor og en liten/mellomstor kommune har løst og oversatt kravet om å utarbeide et oversiktsdokument over folkehelsen (Folkehelseoven 2011, § 5), samt hvordan aktører i kommunene bruker dokumentet i utvalgte deler av folkehelse- og planarbeidet. Formålet mitt med studien er dermed å fremskaffe innsikt og kunnskap om prosesser og forhold tilknyttet dette arbeidet, som jeg håper kan være til nytte både for deltakerkommunene og andre kommuner.

Prosjektet er et samarbeid med Telemark fylkeskommune, som i *Regional strategi for Folkehelse i Telemark 2012-2016* løftet kommunalt folkehelsearbeid som ett av fem satsningsområder (Telemark fylkeskommune 2014). Denne masteroppgaven er et bidrag til fylkeskommunens arbeid med å fremskaffe kunnskap om kommunenes plan- og beslutningsprosesser innenfor folkehelseområdet.

## 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Med ovennevnte som utgangspunkt og motivasjon, ønsker jeg med denne studien å belyse følgende overordnede problemstilling:

*Hvilke utfordringer og suksessfaktorer er tilknyttet det systematiske folkehelsearbeidet?*

- Problemstillingen vil særlig vektlegge arbeidet med helseoversikter og kommunenes planstrategi.

Jeg har formulert to forskningsspørsmål som har vært førende i arbeidet, og som ytterligere rammer inn studiens hovedfokus:

1. I hvilken grad er folkehelseperspektivet forankret politisk, administrativt, organisatorisk og i plan?
2. Hvordan har kommunene *oversatt og håndtert* kravene om:
  - en oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer (helseoversikten)?
  - en kommunal planstrategi, med helseoversikten som grunnlag?

### 1.3 BEGREPER

Noen av de mest sentrale begrepene i studien kan forstås på forskjellige måter. Her følger en avklaring på hvordan de er forstått og brukt i denne studien.

#### ***Folkehelse og folkehelsearbeid***

I folkehelseloven (2011, § 3 a) er folkehelse definert som «*befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning*». Folkehelsearbeid er i loven definert som «*samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen*» (Folkehelseloven 2011, § 3 b). I og med at føringer og forventninger hjemlet i folkehelseloven er sentrale for studien, vurderer jeg det som naturlig å bruke disse to definisjonene.

#### ***Forebyggende og helsefremmende arbeid***

Folkehelsebegrepet rommer de to enkeltfaktorene forebygging og helsefremming (Helgesen et al. 2014). Forebyggende helsearbeid kan deles inn i primær, sekundær og tertiær sykdomsforebygging. Primær forebygging styrker helsen og tar sikte på å forhindre skade eller lidelse og utsette sykdom hos friske personer (Helgesen et al. 2014; Mæland 2010, s. 13-14). Sekundær sykdomsforebygging går ut på å hindre at en sykdom kommer tilbake eller forverres. Tertiær sykdomsforebygging er beskrivende for når vi jobber for å redusere de negative virkningene sykdommen gir med tanke på livskvalitet og funksjon. (Mæland 2010, s. 13-14). Tertiær sykdomsforebygging faller utenfor folkehelsebegrepet, mens primær og sekundær forebygging ligger innenfor.

Det helsefremmende arbeidet fokuserer på ressursene for helse. Ressursene for god helse kan være samfunnsmessige, sosiale, kulturelle, miljømessige og individuelle (Mæland 2010, s. 15 og s. 72-73). Tankegangen som ligger til grunn i det helsefremmende arbeidet ble tydeliggjort og løftet frem på den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986 (WHO 1986). Her ble helsefremmende arbeid forklart som prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over helsens påvirkningsfaktorer for derved å kunne forbedre helsen sin.

#### ***Sosial ulikhet i helse***

Sosiale helseforskjeller kan defineres som «*helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå*» (St.meld nr. 20 (2006-2007), s. 12)

Sosial ulikhet i helse er ikke en rød tråd i denne studien, men problematikken er sentral i folkehelsepolitikken i Norge.

#### ***Planlegging***

Planlegging defineres her som «*organisert aktivitet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker kunnskap og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå disse målene*» Aarsæther et al. (2012, s. 15).

## 2 BAKGRUNN

Organisert helsefremmende og forebyggende arbeid har sin moderne opprinnelse i opplysningstidens nye tro på menneskets mulighet til å forstå og endre naturen (Mæland 2010). Mens sykdom tidligere var forbundet med Guds vilje, vokste det frem en overbevisning om at sykdom heller skyldtes ytre omstendigheter, og at disse kunne endres.

Litt lenger frem i tid, nærmere midten av 1800-tallet, skjøt folkehelsearbeidet virkelig fart (Folkehelseinstituttet 2014; Mæland 2010). Utfordringsbildet var på den tiden farget av den industrielle revolusjonen og de negative konsekvensene som fulgte med. Smittsomme sykdommer dominerte, og folkehelsearbeidet dreide seg i stor grad om å bekjempe disse. Det var stor forskjell på fattig og rik. Livene til de dårligst stilte var særlig preget av hungersnød, dårlige boforhold og dårlig hygiene. (Folkehelseinstituttet 2014).

Siden den gang har vi beveget oss fra et utfordringsbilde preget av smittsomme sykdommer til å måtte forholde oss til kroniske sykdommer og sykdommer relatert til levevaner (Folkehelseinstituttet 2014). Flere forhold har spilt inn. Forbedringer i boforhold, hygiene og sanitære forhold, levekår og ernæring har ført til en markant reduksjon i infeksjonssykdommer. Etterhvert har vi fått tilgang til antibiotika og vaksiner, og med disse har vi nærmest utryddet de mest alvorlige barnesykdommene. I løpet av 1900-tallet gikk dessuten Norge fra å være et fattig land til å bli en rik nasjon. Den økonomiske utviklingen har gitt oss mange muligheter, men også gitt oss nye folkehelseutfordringer (Folkehelseinstituttet 2014). Med bedre økonomi, kom en endring i livsstil. Vi fikk blant annet økt tilgang til tobakk, ferdigmat og søte drikker, samtidig som vi ble mer stillesittende. Alle disse faktorene er forbundet med mange av dagens helseutfordringer (ibid.).

Parallelt med endringen i utfordringsbildet, har det også skjedd en endring i hvordan vi i folkehelsearbeidet har forstått begrepet helse. Fra å først og fremst handle om fravær av sykdom, blir helse nå i større grad sett på som en ressurs i hverdagslivet (Naidoo & Wills 2009). I stortingsmeldingen «Resept for et sunnere Norge» kan vi for eksempel lese at *«god helse er ønskelig for å kunne leve et godt liv, på linje med trygge lokalsamfunn og meningsfullt arbeid. Helse er en investeringsfaktor for det gode liv»*. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)).

Videre i dette kapitlet vil jeg se nærmere på føringer som ligger til grunn for hvordan vi jobber med folkehelse i Norge i dag. Jeg vil legge mest vekt på prinsippet om «helse i alt vi gjør» og på hvordan folkehelseloven og Plan- og bygningsloven legger til rette for en slik tilnærming.

### 2.1 FØRINGER I NORSK FOLKEHELSEARBEID

«Resept for et sunnere Norge» vitnet om en ny vår for folkehelsearbeidet (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Stortingsmeldingen satte fokus på at folkehelsearbeid innebærer å forholde seg til faktorene som påvirker folkehelsen. Det ble påpekt at helsetjenestens pleiende, reparerende og rehabiliterende virksomhet riktig nok er en slik faktor, men ikke avgjørende for helse- og sykdomsutviklingen. Egne valg og hvordan vi sammen innretter samfunnet på flere områder ble trukket frem som viktigere kilder til helse og uhelse. (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 5). Budskapet var at flere samfunnssektorer «eier» årsakene til sykdom, og at disse årsakene, *påvirkningsfaktorene*, ofte bidrar til mange ulike helseproblemer (ibid.). Tankegangen la grunnlaget for nye strategier for folkehelsearbeidet, hvor tverrsektorielt samarbeid, regionale partnerskap og en bedre koordinering vertikalt mellom stat og kommune ble løftet frem (Helsedirektoratet 2014, s. 18).

I etterkant av Resept for et sunnere Norge har det kommet flere føringer som ligger til grunn for nåtidens folkehelsepolitikk. I 2007 kom «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller», en tiårig plan rettet mot regjeringens og departementenes innsats for reduisering av sosial ulikhet i helse (St.meld nr. 20 (2006-2007)). Utjevning av sosiale helseforskjeller er i dag et tema som vi finner igjen i Plan- og bygningsloven (2008, § 3-1), som et hensyn som skal ivaretas i planer, og i Folkehelseloven, konkretisert som et av formålene med loven (Folkehelseloven 2011, § 1).

Folkehelseloven ble iverksatt som en del av samhandlingsreformen i 2012. Reformen handler om forebygging, tidligere behandling og bedre samhandling (Helsedirektoratet u.å.-a) Til å begynne med var formålet med reformen rettet inn mot helsetjenestene, men Stortinget, sammen med mange kommuner og fylkeskommuner, fremmet et behov for en fornyet innsats rettet mot samfunnsmessige forhold som påvirker befolkningens helse (Helsedirektoratet 2014, s. 19). Folkehelseloven ble derfor utviklet samtidig med at det ble arbeidet med ny helse- og omsorgstjenestelov (ibid.).

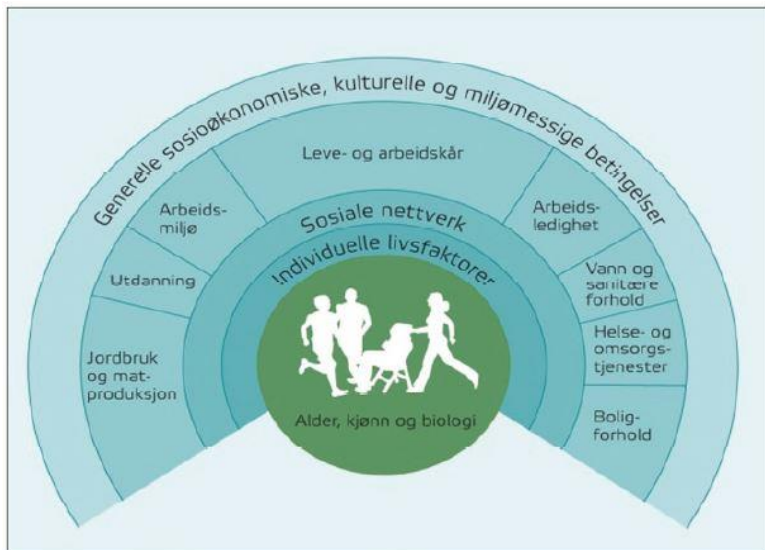
## 2.2 PRINSIPPET «HELSE I ALT VI GJØR»

Som en oppfølging av samhandlingsreformen, og da særlig folkehelseloven, kom en ny melding til stortinget, «God helse - felles ansvar». (Meld. St. 34 (2012-2013)). I tittelen ligger en erkjennelse av at hver enkelt av oss har ansvar for egen helse og myndighet, men at ansvaret ikke kan avgrenses til enkeltindividet. Mulighetene vi har til å ta frie valg begrenses av samfunnsskapt forskjeller i ressurser og overskudd, og det er dermed også samfunnet sitt ansvar å jobbe for å skape like muligheter til å ta de sunne valgene. (Meld. St. 34 (2012-2013)). For å få dette til, er prinsippet om «helse i alt vi gjør» en forutsetning, og i meldingen fremholdes akkurat dette prinsippet som kjernen i folkehelsearbeidet (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 15).

«Helse i alt vi gjør» er en oversettelse av det internasjonale begrepet «Health in All Policies», et begrep som har rot i en stadig større forståelse for at forhold på de fleste samfunnsområder påvirker folkehelsen (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 15). I Folkehelseloven kom «helse i alt vi gjør» spesielt tydelig frem gjennom en endring i plasseringen av folkehelseansvaret. Da loven trådte i kraft ble ansvaret for folkehelsearbeidet, som tidligere veide tyngst i helsesektoren, løftet og lagt til kommunen som sådan (Helsedirektoratet 2014, s. 11). Slik ble folkehelsearbeidets sektorovergrepene karakter understreket, og en forventning om tverrsektoriell involvering løftet.

## 2.3 KOMMUNEN SOM HELSEFREMMER - SETT I LYS AV DETERMINANTPERSPEKTIVET

Bredden og omfanget av faktorer som påvirker folkehelsen kan kanskje best beskrives med en regnbuemodell utviklet av Dahlgren og Whitehead (1991), se Figur 1. Her har Dahlgren og Whitehead systematisert påvirkningsfaktorene inn i ulike nivåer. Nivåene beskriver en årsakskjede som strekker seg fra generelle forhold i samfunnet til egenskapene som karakteriserer enkeltindividet.



**FIGUR 1: HELSEDETERMINANTER (DAHLGREN & WHITEHEAD 1991) REF. I MELD.ST. 34 (2012-2013), s. 51**

Ifølge folkehelseloven skal kommunen «fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting» (Folkehelseloven 2011, § 4). Modellen er i så måte relevant for tankegangen som ligger til grunn for folkehelsearbeidet i Norge. Den er blant annet brukt i folkehelsemeldingene «God helse – felles ansvar» (Meld. St. 34 (2012-2013)) og «Mestring og muligheter» (Meld. St. 19 (2014-2015)).

Regnbuemodellen viser dynamikken og kompleksiteten i hva som påvirker helse. Påvirkningsfaktorene som ligger bakerst i årsakskjeden, i ytterste halvsirkel, har vi som enkeltindivider liten mulighet til å påvirke. Ser vi på den ytterste halvsirkelen representerer den helse-determinantene som er bakerst i årsakskjeden. Disse er generelle samfunnsforhold, slik som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Skal vi endre noe her, kreves det som oftest en innsats på nasjonalt og internasjonalt styringsnivå (Dahlgren & Whitehead 1991, s. 12).

Innenfor det ytterste laget finner vi helse-determinantene som er relatert til leve- og arbeidskår. Disse har kommunen flere muligheter til å påvirke. Listen er lang og nærmest utømmelig. Kommunen har for eksempel ansvaret for vann, sanitære forhold og helse- og omsorgstjenester. I tillegg har kommunene flere inngangsporter til å påvirke innbyggernes boligforhold. For det første er det kommunen som regulerer hvordan arealet i kommunene blir disponert. Dette gir kommunen myndighet til å påvirke hva som bygges hvor, og gi retningslinjer til private eiendomsutviklere. For det andre eier også kommunen boliger som de leier ut, og standarden på disse er det kommunen som har ansvaret for. Disse boligene er dessuten et tilbud til innbyggere som enten har vanskeligheter med å skaffe bolig selv eller har behov for en bolig som er tilpasset f.eks. utfordringer som følge av alderdom, bevegelses- eller utviklingshemming. Når det kommer til arbeidsforhold, er kommunen selv en viktig arbeidsgiver og kan direkte påvirke blant annet lønnsvilkår og det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet på arbeidsplassene. Kommunen kan også legge til rette for etablering og utvikling av næringslivet i kommunen og slik indirekte bidra til lokale arbeidsplasser. Videre er barnehager og grunnskolen kommunens ansvar og representerer arenaer for tidlig innsats. Her starter arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge utenforskap.

I halvsirkelen innenfor, finner vi helse-determinanten sosiale nettverk. Våre sosiale arenaer og nettverk kan virke støttende, eller de kan ha en negativ innvirkning på helsen vår (Naidoo & Wills 2009). Kommunen kan blant annet legge til rette for gode relasjoner i skole- og barnehage, utvikle sosiale møteplasser som parker samt legge til rette for festivaler og andre sosiale tilstelninger.

Den innerste sirkelen omfavner individuelle livsfaktorer, slik som helse-determinantene røykevaner, kosthold og fysisk aktivitet. Her kan kommunen legge til rette for at vi kan ta de sunne valgene. Gjennom planlegging kan det blant annet sikres areal til fysisk aktivitet og det kan tilrettelegges for sykkel- og gangstier.

## 2.4 FOLKEHELSEPERSPEKTIVET I PLAN- OG BYGNINGSLOVEN

Folkehelseperspektivet er tydelig forankret i Plan- og bygningsloven (2008) gjennom § 3-1. Her er det listet åtte oppgaver og hensyn som plan og bygningsmyndigheter skal ivareta i planleggingen. Leser vi punktene med Dahlgren og Whitehead (1991) sin regnbuemodell som bakteppe, representerer alle punktene påvirkningsfaktorer. Disse hensynene inkluderer blant annet å sikre jordressurser, legge til rette for gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår, ta klimahensyn, fremme samfunnssikkerhet og sette mål for den fysiske, samfunnsmessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen. I ett av punktene er også helsefremming på generelt grunnlag tydeliggjort. Her står det at planene skal *«fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet»* (Plan- og bygningsloven 2008: § 3-1, f).

### 2.4.1 NASJONALE FORVENTNINGER TIL REGIONAL OG KOMMUNAL PLANLEGGING

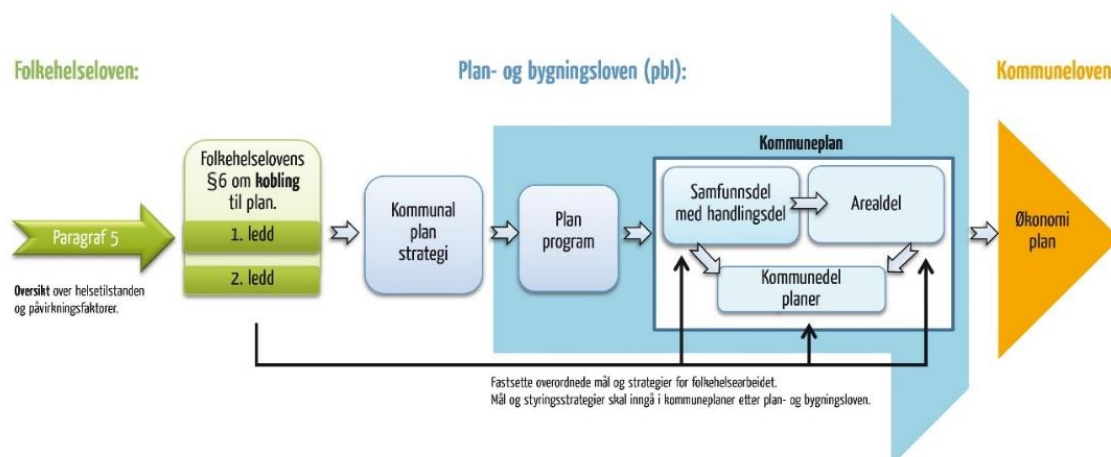
At folkehelseperspektivet skal ivaretas i planleggingen, er også formidlet i «Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015). Dette er et dokument som regjeringen skal utarbeide hvert fjerde år, i tråd med Plan- og bygningsloven (2008, § 6-1), hvor formålet er å gjøre nasjonal, regional og kommunal planlegging mer sammenhengende, forutsigbar og bærekraftig. I dokumentet som er gjeldende for denne stortingsperioden er det et eget avsnitt med tittelen «Helse og trivsel». Her kan vi blant annet lese at:

*«Regjeringen har som mål å skape et samfunn som fremmer helse hos hele befolkningen, som reduserer sosiale helseforskjeller og som fremmer helsevennlige valg.»* (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015)

## 2.5 ET SYSTEMATISK FOLKEHELSEARBEID TILPASSET PLAN- OG BYGNINGSLOVEN

Da Folkehelseloven ble iverksatt i 2012, ble Plan- og bygningslovens relevans til folkehelsearbeidet ytterligere tydeliggjort. Gjennom en direkte kobling mellom de to lovene, ble et systematisk folkehelsearbeid, tilpasset kommunenes fireårige plansyklus introdusert, se Figur

## 2 (Helsedirektoratet & KoRus Nord u.å.).



**FIGUR 2: KOBLINGEN MELLOM FOLKEHELSELOVEN (2011) OG PLAN- OG BYGNINGSLOVEN (2008). (HELSEDIREKTORATET & KORUS NORD, U.Å)**

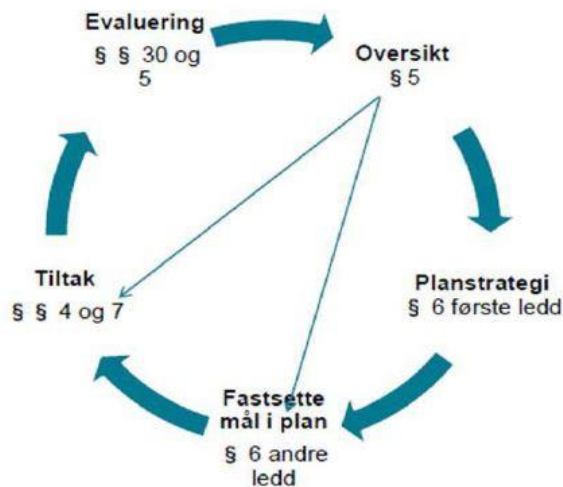
Modellen viser de ulike stegene i den kommunale plansyklusen og hvordan folkehelse er koblet til de ulike plannivåene. Nøkkelelementet i koblingen er kommunens helseoversikt (Folkehelseloven 2011, § 5). Denne skal ifølge folkehelseloven brukes som et verktøy i planleggingen (Folkehelseloven 2011, § 6).

Det systematiske folkehelsearbeidet er en kontinuerlig prosess, som er satt sammen av de fem fasene 1) Oversikt, 2) Planstrategi, 3) Fastsette mål i plan, 4) Tiltak og 5) Evaluering. Figur 3 illustrerer sammenhengen mellom de fem fasene og hvor i lovverket fasene er forankret.

Selv om prosessen er kontinuerlig, og det også er en sammenheng mellom fasene *evaluering* og *oversikt*, kan vi si at det systematiske folkehelsearbeidet starter ved oversikten. Dette fordi denne skal danne grunnlaget for planstrategien, som er starten på kommunenes plansyklus. Det er for øvrig greit å merke seg at denne fasen på ingen måte er løsrevet fra de andre fasene, men integrert i hele det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet u.å.-b). Dette illustreres i Figur 3 ved at det er trukket piler fra fasen *oversikt* til fasene *tiltak* og *fastsette mål i plan*

Jeg har beskrevet de fem fasene punkt for punkt og lagt mest vekt på helseoversikten, fordi denne både har en viktig rolle i det systematiske folkehelsearbeidet og i denne studien.





FIGUR 3: DET SYSTEMATISKE FOLKEHELSEARBEIDET (MELD. ST. 34 (2012-2013), s. 159)

## 1. OVERSIKT

Denne fasen innebærer to deler, henholdsvis en *løpende oversikt* og et *fireårig oversiktsdokument*. (Helsedirektoratet u.å.-b).

Kommunen skal ha en *løpende oversikt* over helsetilstanden til befolkningen i kommunen og faktorene som påvirker denne (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012: § 4). Den løpende oversikten skal dokumenteres hensiktsmessig og som en integrert del av kommunens ordinære virksomhet. I denne studien er det ikke denne delen av oversiktsarbeidet jeg har lagt vekt på, men utarbeidelsen og bruken av det fireårige oversiktsdokumentet, altså den andre delen av oversiktsfasen.

Det fireårige oversiktsdokumentet, helseoversikten, skal danne grunnlaget for arbeidet med kommunens planstrategi og kommuneplanen, samt være et styringsverktøy. I tillegg skal frivillige organisasjoner og befolkningen kunne bruke den som grunnlag for medvirkning i beslutningsprosesser som har betydning for folkehelsen (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012, § 8).

Kravet om et fireårig oversiktsdokument, en helseoversikt, er hjemlet i folkehelseloven § 5 (2011). Her står det at kommunene skal ha «nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.» (Folkehelseloven 2011, § 5 første ledd). Helseoversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og gi en vurdering av konsekvenser og årsaksforhold. Det legges videre vekt på at kommunene skal være spesielt oppmerksomme på utviklingstrekk som kan skape eller opprettholde «sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller» (Folkehelseloven 2011, § 5 annet ledd). Kommunene skal vurdere om det er grupper i befolkningen som står ovenfor spesielle folkehelseutfordringer. Utfordringene kan være knyttet til sosial ulikhet i helse eller befolkningsgrupper med spesielle behov (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012)

Oversikten skal baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningen.

Folkehelseloven (2011) gir altså føringer på hva helseoversikten skal brukes til og hva den skal bygges på, men loven har ingen konkret beskrivelse av hva helseoversikten skal ha oversikt over. For å utfylle loven, og samtidig understreke viktigheten av den, har det blitt laget en tilhørende forskrift (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012; Helgesen & Holm 2014).

I forskriften er det satt konkrete krav til hva oversikten skal inneholde av opplysninger og vurderinger (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012, § 3). Følgende seks tema er trukket frem:

- a) befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert atferd
- f) helsetilstand

I kommentarene til forskriften påpekes det at det ikke er tilstrekkelig å bare gi ren informasjon om temaene. Kommunene skal også relevansvurdere informasjonen etter kommunale forhold, vurdere årsaksforhold og vurdere konsekvenser (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012).

Vurderingen av *informasjonens relevans* kan knyttes til kunnskapen fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskapen om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn. Dette siden denne kunnskapen omfatter skjønnsvurderinger og erfaringsbasert kunnskap.

En *vurdering av årsaksforhold* innebærer å undersøke *hvorfor* et forhold har oppstått (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Med en slik vurdering vil kommunene dreie fokuset bort fra symptomene, og heller fokusere på årsakene. Dette vil gjøre kommunene i bedre stand til å velge tiltak som er rettet inn mot årsaker i stedet for symptomer. Kommunene oppfordres til å vurdere årsakene til årsakene. Årsakssammenhengene er ofte komplekse, og i det langsiktige folkehelsearbeidet vil det være hensiktsmessig å rette tiltakene mot forhold som ligger bakerst i årsakskjeden.

Med en *vurdering av konsekvensene* vil vi kunne si noe om hvor viktig et forhold eller en utfordring synes å være (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Her er det først og fremst de menneskelige konsekvensene som skal vurderes, for eksempel ved å si noe om hvorvidt og hvordan forholdet eller utfordringen gir utfall i helse og sykdom. I tillegg kan vurderingen av konsekvenser også innebære beregninger på vunnet eller tapte leveår og samfunnsøkonomiske kostnader/gevinster over tid. Det kan her være relevant å vurdere hva konsekvensene blir dersom kommunene ikke setter inn tiltak.

Videre i kommentarene til forskriften forklares det at fordi folkehelsen påvirkes av et bredt sett av årsaker, som omfavner både bakenforliggende faktorer, som økonomi og levekår, samt miljøfaktorer og helserelatert adferd, så må også helseoversikten ha et slikt spenn (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Dette er en forutsetning for at helseoversikten skal kunne fungere i henhold til folkehelseovens mål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseoven 2011, § 1; Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Folkehelseoven (2011) er tydelig på at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar. Derfor må oversikten speile det tverrsektorielle perspektivet (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012).

Loven og forskriften gir en del føringer på hvordan kommunene skal eller bør utarbeide og bruke helseoversikten. Lovgivning er ifølge Helgesen og Holm (2014) den mest instruktive formen for statlig styring. I tillegg finnes det blant annet pedagogiske styringsmidler, hvor noen inngår i et klart styringshierarki og utfyller lovene og forskriftene (ibid.). Helsedirektoratet har laget en veileder til oversiktsarbeidet, «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» (Helsedirektoratet 2013) og ifølge Helgesen og Holm (2014) er denne et slikt styringsverktøy. I veilederen har Helsedirektoratet uttrykt at «*veilederen inneholder helsedirektoratets vurderinger*

*av hvordan regelverket bør fortolkes og hva som er god faglig praksis på området.»*  
(Helsedirektoratet 2013, s. 6).

I veilederen står det blant annet en del om ansvarsfordeling og forankring, som at kommunen må vurdere om det er formålstjenlig å fatte egne delegeringstiltak eller for eksempel utarbeide mandat for arbeidet med helseoversikten (Helsedirektoratet 2013, s. 33). Det står videre at det uansett anbefales at ansvar, organisering og delegering gjøres kjent for eller vedtas av politiske organer. Dette for å tydeliggjøre oversiktsarbeidets strategiske verdi opp mot politisk styringsnivå (ibid.).

Selve arbeidet med oversiktsarbeidet pekes i veilederen på som et administrativt ansvar (Helsedirektoratet 2013). Dette er en *faglig* oppgave, og hva som i oversikten vurderes som kommunens samlede folkehelseutfordringer og ressurser skal baseres på faglige vurderinger og ikke farges av økonomiske eller politiske motiver eller situasjoner (ibid.). Videre påpekes det imidlertid at overordnede, strategiske beslutninger og veivalg er politiske. Både drøftingen av planstrategien og planer etter plan- og bygningsloven (2008), samt diskusjoner om vedtak om mål og strategier hører hjemme på den politiske arenaen (Helsedirektoratet 2013, s. 33)

## 2. PLANSTRATEGI

Planstrategien kan kort beskrives som en drøftingsarena hvor utviklingstrekk i kommunene som samfunn og organisasjon står i fokus (Miljøverndepartementet 2011).

I plan og bygningsloven (2008) står det:

*«Kommunestyret skal minst én gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, utarbeide og vedta en kommunal planstrategi. Planstrategien bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden.»*  
(Plan- og bygningsloven 2008, § 10-1)

Ifølge loven er det altså kommunestyret som skal utarbeide og vedta den kommunale planstrategien, og dette i starten av valgperioden. Det betyr at de folkevalgte fra første stund som representanter for befolkningen blir «invitert til å innta en planleggerholdning» (Aaresæther & Buanes 2016, s. 302). Planstrategien skal fungere som et verktøy for det nye kommunestyret til å avklare hvilke planoppgaver som skal prioriteres i valgperioden for å møte kommunens behov (Miljøverndepartementet 2011, s. 6). I en veileder som Miljøverndepartementet har laget står det at et viktig siktemål med planstrategien nettopp er å styrke den *politiske styringen* av hvilke planoppgaver som skal prioriteres (ibid.).

I veilederen fra Miljøverndepartementet (2011) er det trukket frem at det for de fleste kommuner vil være hensiktsmessig å gi en oversikt over utviklingstrekk som kan ha betydning for vurderingen av planbehovet (Miljøverndepartementet 2011, s. 17). Oversikten bør da ta for seg utfordringer for kommunen både som samfunn og organisasjon. Temaene som i denne sammenhengen er aktuelle å ta med omfavner befolkningsutvikling og sammensetning, *levkår og folkehelse*, næringsliv og sysselsetting, boligbygging, miljø og klima, transport og infrastrukturbygging, langsiktig arealbruk og kommunal tjenesteyting og forvaltning. I tillegg vil det for noen kommuner være aktuelt å beskrive utviklingstrekk innenfor satsningsområdene i gjeldende kommuneplan.

Veilederen er et pedagogisk styringsmiddel og ikke rettslig bindende, slik som lovverket er (Helgesen & Holm 2014). Selv om levkår og folkehelse her er nevnt, gir ikke veilederen inntrykk

av at dette er noe kommunene *må* ha med. Veilederen er imidlertid fra 2011, og i ettertid har det trådt i kraft et lovverk som tilfører nye føringer for utarbeidingen og innholdet i planstrategien.

Ifølge folkehelseloven § 6 skal helseoversikten brukes som grunnlag i arbeidet med kommunens planstrategi.

*«Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.»* (Folkehelseloven 2011, § 6 første ledd)

Folkehelseloven (2011) stiller med dette *krav* om at oversikten skal brukes som grunnlag i arbeidet og *forventninger* om at planstrategien bør inneholde en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer.

### 3. FASTSETTE MÅL I PLAN

Kommuneplanen omfatter en samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, og er kommunens overordnede styringsdokument (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2009). Den skal samordne den økonomiske, fysiske, miljømessige, sosiale, kulturelle og estetiske utviklingen i kommunen, samt ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål. Videre bør den også omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen.

Med utgangspunkt i de folkehelseutfordringene som kommunen har identifisert i helseoversikten skal kommunene fastsette *overordnede mål og strategier for kommunens folkehelsepolitikk* i kommuneplanen, jmføre folkehelseloven § 6 og Plan- og bygningsloven kapittel 11 (Helsedirektoratet u.å.-b). På denne måten skal det sikres at ansvaret for folkehelsen ligger over sektornivå og at folkehelsearbeidet får en politisk forankring.

I den neste fasen i det systematiske folkehelsearbeidet, skal det utformes folkehelseiltak som skal kunne måles opp mot målene og strategiene som blir satt her.

### 4. TILTAK

Kommunen skal ta utgangspunkt i folkehelseutfordringene i helseoversikten og iverksette hensiktsmessige tiltak for å bedre befolkningens helse. I folkehelseloven står det:

*«Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunenes folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.»* (Folkehelseloven 2011, § 7 første ledd)

### 5. EVALUERING

Ved å evaluere skal kommunene sikre en kontinuerlig forbedring av folkehelsearbeidet. (Helsedirektoratet u.å.-b). Kommunene skal, med utgangspunkt i folkehelseutfordringene som er identifisert i folkehelseoversikten og de målene og strategiene som er satt, vurdere om folkehelsen i kommunen utvikles i positiv retning. Å gjøre en evaluering i sammenheng med arbeidet med helseoversikten, kan være hensiktsmessig, men det er også nødvendig å evaluere oftere enn hvert fjerde år (ibid.) Evalueringen kan kobles til kravene om internkontroll (Folkehelseloven 2011, § 30). Det forventes også en evaluering av kommunens styringssystem, noe som innebærer å vurdere om kommunen har gode nok rutiner, kapasitet og kompetanse til å gjennomføre folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet u.å.-b).

## 2.6 RELEVANT FORSKNING

Både internasjonal og norsk forskning viser til flere faktorer som er av betydning for et systematisk folkehelsearbeid.

For en vellykket integrering av helse i plan bør helseperspektivet integreres med økonomiske, sosiale og miljømessige perspektiver i arealplanleggingen og i politikkområdene bolig- transport og økonomi. Helseperspektivet bør med andre ord plasseres i «hjertet av planleggingen» (Barton et al. 2009).

Noe som imidlertid kan vanskeliggjøre arbeidet med å integrere folkehelse i planarbeid er bredden og utydeligheten som ligger i fenomenet og begrepet folkehelse (Hofstad & Bergsli 2016). Planlegging handler om å utrede ulike alternativer for utvikling, og videre foreta prioriteringer. At folkehelse er bredt, lite konkret og målbart gjør det vanskelig å forholde seg til (ibid.).

*Medvirkning* fremheves som et nøkkelelement i et ideelt plansystem med folkehelse integrert, og med det menes det at innbyggere og interessenter fra frivillig-, privat- og offentlig sektor, skal involveres aktivt i politikktutforming (Barton et al. 2009). *Buk av planverktøy* som reflekterer helsemålsettingene er også et slikt nøkkelelement. Verktøyene kan blant annet være konsekvensanalyser og verktøy som overvåker livskvalitet (ibid.). Et slikt planverktøy kan i en norsk kontekst også være helseoversikten.

*Sterk politisk støtte* kan sikre tilgangen til nødvendige ressurser (Barton et al. 2009). At det prioriteres ressurser til arbeidet med helseoversikten og andre deler av det systematiske folkehelsearbeidet er en suksessfaktor (Hofstad et al. 2015; Hofstad & Bergsli 2016). Legges det til rette for tverrfaglig samarbeid i oversiktsarbeidet, kan dette også oppfattes som et tydelig signal fra ledelsen om at dette er arbeid kommunen vil prioritere tid og ressurser på (Hofstad et al. 2015). Hele organisasjonen vil da kunne forstå viktigheten av arbeidet, noe som blant annet vil gi aktørene legitimitet til å kunne etterspørre hjelp fra personer som sitter på relevant kunnskap (ibid.).

Hofstad og Bergsli (2016) har identifisert fire utfordringer i arbeidet med å få en tettere integrering mellom folkehelse og plan. Utfordringene er knyttet til organisatoriske barrierer mellom de ulike sektorene i kommunen, langsiktig lederskap, folkehelsebegrepets bredde og ressurser.

Forskning viser at samhandlingsreformen sannsynligvis har ført til at kommunene fokuserer mer på folkehelsearbeid etter reformstart enn hva de gjorde før reformen trådte i kraft (Hofstad & Schou 2017; Løset & Veenstra 2015; Schou et al. 2014). Folkehelsearbeidet er mer systematisk, mer tverrsektorielt, mer strukturert, det får mer oppmerksomhet og blir mer prioritert, det er bedre forankret i planverk, det er mer tydeliggjort og det er lettere å legitimere folkehelsearbeid (ibid.). Det er også vist en positiv utvikling i oversiktsarbeidet, som også har «skutt fart» (Schou et al. 2014).

I tilknytning til oppstarten av Program for folkehelsearbeid<sup>1</sup> har det blitt utarbeidet en rapport som med bruk av kvantitative data blant annet viser tendensene i det systematiske folkehelsearbeidet (Helgesen et al. 2017). En del av materialet som ligger til grunn for rapporten

---

<sup>1</sup> Tiårig satsing for å styrke kommunenes langsiktige og systematiske folkehelsearbeid i tråd med folkehelseoven, etablert av kommunesektoren ved KS og regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet

bygger på en spørreundersøkelse. Av 426 kommuner var det 212 som svarte, altså litt under halvparten. Her har de funnet at 89 prosent av disse kommunene har utarbeidet en helseoversikt, og at dette er en økning med hele 51 prosentpoeng. Det fremgår også av rapporten at 81 prosent av kommunene har inkludert Fysisk aktivitet som tema i oversikten, 80 prosent har inkludert skole og utdanning, mens det bare er 27 prosent som har inkludert støy, luft, vann og stråling. På spørsmål om hvordan oversikten er fulgt opp politisk og administrativt, med tanke på planer, politiske beslutninger og utvikling av tiltak, er det bare 7 prosent av kommunene som svarer at oversikten ikke har blitt fulgt opp. Hele 70 prosent svarer at oversikten har ligget til grunn for planstrategien. 56 prosent svarer at oversikten har ligget til grunn for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsplan og 56 prosent av kommunene oppgir at den brukes for å velge tiltak. Rapporten tar også for seg kommunenes organisatoriske ressurser. Forskerne har her spurt kommunene om hvilke aktører som tar mye ansvar i folkehelsearbeidet. Her svarer 81 prosent at folkehelsekoordinator tar mye ansvar, 71 prosent svarer ledende helsesøster, 59 prosent svarer frivillige organisasjoner, 51 prosent svarer kommunelegen, 44 prosent svarer leder av kultur og idrett, 43 prosent svarer barnehagestyrer, 42 prosent svarer rektorer, 38 prosent svarer leder i psykisk helse, 31 prosent svarer leder av planavdelingen og 16 prosent svarer leder i Nav. På spørsmål om kommunen har strategiske, tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelseområdet var det 72 prosent av kommunene som svarte ja. Dette er en høyere andel enn i 2014. Når det kommer til hvem som er medlemmer i de tverrsektorielle gruppene, kommer det blant annet frem at i 56 prosent av kommunene er det deltakere fra plan/miljø/teknisk.

### 3 TEORETISK RAMME

Folkehelsevitenskap mangler et bredt teoretisk rammeverk som vil være dekkende for studiens problemstilling. Derfor har jeg søkt etter teorier utenfor folkehelsevitenskapen. I og med at kommunene i bunn og grunn er organisasjoner har jeg valgt å rette blikket i retning organisasjonsteori. Organisasjonsteorien dekker flere perspektiver med ulike teoretiske innfallsvinkler, noe som har gitt meg muligheten til å vurdere flere ulike rammer. I denne studien ha jeg valgt å bruke virusteori og translasjonsteori.

#### 3.1 FOLKEHELSE OG DET SYSTEMATISKE FOLKEHELSEARBEIDET SOM ORGANISASJONSIDÉER

Folkehelse og planlegging forenes i det systematiske folkehelsearbeidet, og nøkkelen i arbeidet er helseoversikten. Prosessen er, som beskrevet i forrige kapittel, forankret i lovverket med mer eller mindre tydelige og stramme retningslinjer for hvordan kommunene skal håndtere folkehelsearbeidet. Det systematiske folkehelsearbeidet kan i så måte beskrives som en ny oppskrift på hvordan kommunene skal jobbe for å bedre befolkningens helse. Videre kan også *folkehelseperspektivet* beskrives som en oppskrift, fordi i perspektivet ligger det en forventning om *hvordan* vi skal forholde oss til ulike oppgaver og ansvarsområder i kommunen. For eksempel innebærer folkehelseperspektivet en forventning om forebyggende og helsefremmende arbeid fremfor reparering, samt en forventning om «helse i alt vi gjør». I organisasjonsteorien kan slike oppskrifter som dette omtales som organisasjonsoppskrifter eller organisasjonsidéer (Røvik 2007).

Det er i hovedsak to grunner til at jeg finner karakteriseringen av folkehelseperspektivet og det systematiske folkehelsearbeidet som *organisasjonsidéer* interessant.

For det første mener jeg at forskningsspørsmålet «I hvilken grad er folkehelseperspektivet forankret politisk, administrativt, organisatorisk og i plan?» best kan drøftes ved å håndtere det brede og utydelige folkehelseperspektivet som noe mer håndfast og konkret. Røvik (2007) tilbyr gjennom virusteorien en slik mulighet. Her bruker Røvik (2007, s. 338-362) *virus* som en metafor for å belyse hvordan organisasjonsidéer kommer inn i organisasjonen, og hvordan ideene blir mottatt og spredd innad.

For det andre kan organisasjonsidéer og organisasjonsoppskrifter tolkes og håndteres på mange forskjellige måter. Selv om det er forventninger og krav tilknyttet det systematiske folkehelsearbeidet, er det samtidig en viss forventning om lokal tilpasning. Utgangspunktet for selve formuleringen av forskningsspørsmål nummer to ligger nettopp i dette aspektet. Jeg spør om hvordan kommunene har *oversatt* og *håndtert* kravene tilknyttet henholdsvis helseoversikten og planstrategien. Her har translasjonsteorien noen nyttige begreper og rammer. Translasjonsteorien tar utgangspunkt i en innsikt om at når ideer eller organisasjonsoppskrifter implementeres i organisasjonen, skjer det ikke bare noe med organisasjonen, men også med ideen, som oversettes. (Røvik 2007).

#### 3.2 PRAGMATISK INSTITUSJONALISME

Det finnes mange måter å forstå organisasjoner på, hva de er og hvordan de fungerer. Røvik (Røvik 2007, s. 48-57) viser til to paradigmer som gjennomsyrrer samfunnsvitenskapen, og da i særlig stor grad organisasjonsvitenskapen. Disse er henholdsvis den modernistiske tilnærmingen på den ene siden og den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen på den andre. Det modernistiske

paradigmet har i korte trekk tre klare fellesnevner; *fremskritts- og utviklingsoptimisme, troen på organisering og organisasjon, samt vitenskaps- og kunnskapsoptimisme*. Her råder også antakelsen om at organisasjoner er like. Derfor kan en organisasjonsidé ganske enkelt observeres og hentes ut av en organisasjon for å settes inn i en ny, hvor den vil gi samme effekt (ibid.).

Det sosialkonstruktivistiske paradigmet kjennetegnes kort fortalt ved ideen om den *sosialt konstruerte virkelighet, skepsis til en positivistisk organisasjonsvitenskap og redskapsskepsis* (Røvik 2007, s. 47-52). Her er oppfatningen at alle organisasjoner er ulike, og derfor kan organisasjonsidéer i liten grad overføres mellom organisasjoner (ibid.).

Inspirert av *begge* disse paradigmene, har Røvik (2007, s. 52-57) skapt en tredje posisjon, pragmatisk institusjonalisme. Røvik argumenterer for at dette er en teoretisk tilnærming som i større grad fanger opp realitetene ved organisatoriske endringsprosesser tilknyttet implementeringen organisasjonsidéer (ibid.). Det er her virusteorien og translasjonsteorien hører hjemme.

### 3.3 VIRUSTEORIEN

Vi kan finne likhetstrekk mellom virus og organisasjonsidéer både i form, innhold, opprinnelse og smitte. Et virus er enkelt utrustet og behøver en vertscelle for å kunne formere seg og i det hele tatt virke. Vertscellen er kompleks sammenlignet med viruset. Mens viruset har en kjerne med noen ganger så lite som 4-5 gener, har vertscellen en kjerne med flere tusen gener. En organisasjonsidé er også enkel, i hvert fall hvis vi ser den i sammenheng med kompleksiteten som finnes internt i organisasjonenes praksisfelt. Når vi i denne studien bruker virus som en metafor for organisasjonsidéene *folkehelseperspektivet og det systematiske folkehelsearbeidet*, vil den komplekse vertscellen være en metafor for kommuneorganisasjonen.

En virusinfeksjon begynner med at proteiner som finnes på overflaten til viruset fester seg til bestemte molekyler i celleveggen til vertscellen. Deretter tar cellen aktivt inn viruset, og blir slik infisert. Cellen er altså ikke en passiv mottaker, noe som også gjelder for spredningen av organisasjonsidéer. Organisasjonene tar også aktivt imot organisasjonsidéene.

Hvorvidt en celle blir smittet eller ei, avhenger først og fremst av om den har hatt kontakt med en smittekilde. Smittekilden kan selv være smittet, eller bare være en bærer av smitten. I motsetning til hvordan virkelige virus fungerer, så må ikke en organisasjon ha fysisk kontakt med en bærer av ideen for å ta til seg ideen. Noen ganger er det ikke engang mulig å vite hvor ideen egentlig kom fra. I vårt tilfelle, vet vi hvem bæreren av ideen er. Ideen har kommet inn i kommuneorganisasjonen i form av Folkehelseloven (2011) og tilhørende retningslinjer og veiledere, og smittekilden kan ses på som statlige myndigheter.

Som når et virus infiserer en celle i vertsorganismen, vil organisasjonsidéer som forsøkes innført også trigge et forsvar hos organisasjonen. I organisasjonen kan man skille mellom et ytre og et indre forsvar. Vi snakker gjerne om et ytre forsvar når organisasjonsidéer kun når ledelsen og ikke spres innover og nedover i organisasjonens praksisfelt. Dette kan blant annet skje i tilfeller der arenaene hvor nye organisasjonsidéer fanges opp og drøftes er fysisk og formelt adskilt fra der hvor ideene skal virke. I kommuneorganisasjoner er den politiske ledelsen og den administrative ledelsen både formelt og fysisk adskilt fra praksisfeltet, altså de ulike tjenesteområdene og etatene. Når det kommer til det indre forsvaret, så kommer det til syne når det ytre forsvaret ikke er tilstrekkelig og ideene på alvor forsøkes implementert i praksisfeltet. Disse forsvarsmekanismene fungerer i form av hensyn og argumenter som aktiveres. For eksempel vil en vellykket implementering være avhengig av at organisasjonsidéen på flere plan er kompatibel med den aktuelle praksisen.



Dersom immunforsvaret ikke stopper spredningen av viruset, vil vi etter en tid se symptomer som bekrefter smitten. Tiden mellom smitte og symptomer, kalles inkubasjonstid, og lengden på denne varierer fra virus til virus, og fra vert til vert. På lik linje vil en organisasjonsidé som begynner å få fotfeste i organisasjonspraksisen også ha en inkubasjonstid. Det tar gjerne tid fra en ide «smitter» som språklig virus til symptomene, altså effektene, viser seg i strukturer, aktiviteter og rutiner.

Viruset beveger seg først i overflaten, gjerne som en språklig smitte. Begrepet som blir brukt i denne fasen er adhesjon, et uttrykk som innen biologien beskrives som attraksjonen som kan spores i kontaktflatene mellom visse stoffenheter i fast eller flytende form (Røvik 2007, s. 352). I organisasjonsvitenskapen kan vi bruke adhesjon som beskrivelse for tiltrekningskraften populære organisasjonsidéer språklige merkelapper og lett kommuniserbare budskap har på organisasjoners lederskap og på fagpersonell med en viss avstand til fagfeltet (ibid.)

I forskning som beveger seg i det vi kaller nyinstitusjonell teori, som tilhører det sosialkonstruktivistiske paradigmet, finnes det en vanlig oppfatning om at organisasjonsidéer kan forbli et overflatefenomen. Røvik (2007, s. 352) argumenterer for at vi ikke kan gjøre en slik slutning a priori, altså uten å ta hensyn til tidsaspektet og erfaringer. Med enda et låneord fra virologien, *adsorpsjon*, beskriver Røvik (2007) tre ulike mekanismer på hvordan idésmitte kan trenge dypere inn i organisasjonene, materialiseres og få konsekvenser av kortere og lengre varighet.

Den første mekanismen handler om når ideene inneholder instruksjoner. Her trekker Røvik (2007) paralleller til hvordan virus inneholder en genetisk kode med «instruksjoner» for hvordan viruset skal kopieres og formes i vertscellen. Instruksjoner og rutiner for hvordan organisasjonene skal imøtekomme ideene øker sannsynligheten for at ideene faktisk blir implementert og materialisert. Dersom instruksene kommer fra eksterne myndigheter, øker sannsynligheten ytterligere (ibid.). Det systematiske folkehelsearbeidet er forankret i loven, og jeg vil derfor anta at instruksene og kravene som følger med har en stor innvirkning på grad av implementering og materialisering.

Den andre mekanismen for hvordan viruset kan forlate overflaten og trenge dypere inn i organisasjonen handler om konsistensregler for prat og praksis. I nyinstitusjonelle teoribidrag argumenteres det for at organisasjoner kan prate om populære organisasjonsidéer, for å gi inntrykk av at de følger med i tiden, og samtidig bevisst unnlate å implementere dem. Her argumenterer Røvik (2007) for at en slik tankegang ikke tar med i betraktning at det finnes sterke normer om at organisasjoner og ledere som ønsker å bli tatt seriøst, som rasjonelle og effektive, bør unngå å bli oppfattet som inkonsistente. Et slikt dobbeltspill vil etter hvert sannsynligvis bli avslørt av eksterne for eksempel eksterne myndigheter, konkurrenter, media eller egne medarbeidere. Avsløringen vil da med stor sannsynlighet etterfølges av et helhjertet forsøk på å implementere ideen (ibid.).

Den tredje og siste mekanismen for hvordan organisasjonsidéen kan spres innover og materialiseres i organisasjonen omhandler replikasjon og institusjonalisering (Røvik 2007). I virologien prater vi om replikasjon når viruset tar kontroll over vertscellen og videre bruker den til å formere seg selv. I cellen lages det raskt mange kopier av viruspartiklene som modnes og slippes ut i omliggende miljø der dem infiserer andre celler (ibid.). I organisasjonsteorien kan vi her dra paralleller til det som skjer når organisasjonsidéer tas inn og blir institusjonalisert. For eksempel kan det komme til uttrykk i tilfeller hvor motstanden mot en organisasjonsidé opphører (ibid.). Det kan skje ved at idésmitten som verserer i organisasjonen, i form av blant annet resonering og argumentasjon over en lengre periode (inkubasjonstid), får motstandere til å resignere eller slutte å argumentere imot. Et annet scenariet er at ideen «inntar» og overbeviser

stadig flere aktører, inkludert tidligere motstandere, som så vil fremstå som forsvarere og formidlere av ideen (Røvik 2007). Når det har kommet så langt kan organisasjonsidéen ha fått en hegemonisk status i organisasjonen.

Det hender at virus blir kroniske. De ligger gjerne latent i perioder uten å gi symptomer, de har på sett og vis «gjemt» seg for immunforsvaret. Disse virusinfeksjonen kan innimellom reaktiveres og symptomene blusser opp. Dette skjer ofte når immunforsvaret er svekket. På lik linje kan organisasjonsidéer bli inaktivert for senere å reaktiveres. For eksempel vil det ofte i starten være mye entusiasme rundt en ide og iver til å implementere den. Etter hvert vil ideen få mindre oppmerksomhet og den vil gå i en slags hviletilstand. Det betyr ikke nødvendigvis at den er borte, og i perioder vil den kanskje få mer oppmerksomhet og reaktiveres, gjerne av andre aktører enn dem som tidligere har brukt den.

Virus kan mutere, og også her kan vi dra metaforiske paralleller til organisasjonsidéer. Når organisasjoner tar til seg organisasjonsidéer hender det at ideene endrer karakter. For å best beskrive hvordan organisasjonsidéene kan endre seg i møte med organisasjonene, vil jeg bruke begreper og teoretiske forklaringer fra translasjonsteorien.

### 3.4 TRANSLASJONSTEORIEN

Røvik (2007) har tatt utgangspunkt i fagområdet «translation studies» for å beskrive hvordan en organisasjonsside kan overføres fra en kontekst og til en annen. Fagområdet har sin opprinnelse i litteraturvitenskapen, herunder språkovsettelse.

Translasjonen, eller oversettelsen, innebærer to uavhengige prosesser som blir beskrevet som henholdsvis dekontekstualisering og kontekstualisering. Dekontekstualisering er når «noe» blir forsøkt tatt ut av en sammenheng, mens kontekstualisering er når «noe» blir forsøkt satt inn i en ny sammenheng. I denne studien er det kontekstualiseringen av en organisasjonsidé som er interessant. Fokuset ligger på mottakersiden, nemlig kommunene, som skal implementere det systematiske folkehelsearbeidet.

#### 3.4.1 KONTEKSTUALISERING OG TRANSLATØRKOMPETANSE

Når en organisasjonsidé reiser inn i et bestemt felt, som for eksempel inn i en kommuneorganisasjon, kommer den inn i en kompleks kontekst. Konteksten består blant annet av materielle strukturer, formelle strukturer, rutiner og prosedyrer i tillegg til mer usynlige kulturer (Røvik 2007). Her finnes det ansatte med identiteter og kunnskaper, som allerede har egne etablerte måter å utføre arbeidet sitt på, og her finnes mer eller mindre synlige motsetninger eller interessekonflikter. Teorien om kontekstualisering handler om hvordan og i hvilken grad organisasjonsidéen som blir introdusert preger eller blir preget av konteksten Røvik (2007, s. 293).

I modernistisk-rasjonalistisk tenkning har en hierarkisk oversettelseskjede blitt brukt som forklaring på hvordan organisasjonsidéer blir introdusert og implementert i organisasjonen (Røvik 2007). I et slikt perspektiv vil organisasjonsidéer komme inn i organisasjonen via toppledelsen. Implementeringen vil bli sett på som en sentralstyrt prosess hvor ledelsen har klare ideer om hvordan ideen skal implementeres, og hvor det er lite rom for lokal oversetting. I kommunen betyr det at oppskriften blir tatt inn gjennom politisk og administrativ ledelse før den spres nedover i hierarkiet. Røvik mener denne modellen bør modifiseres fordi den har sine begrensninger. Selv om det sannsynligvis finnes mange empiriske tilfeller som best lar seg forklare ut fra en slik modell, finnes det også eksempler hvor modellen ikke passer eller kommer

til kort (Røvik 2007, s. 295). Som et eksempel tar ikke modellen hensyn til at mange ansatte i kommuneorganisasjonen deltar på konferanser og kurs. På disse arenaene utvikles det ofte sektorspesifikke versjoner av populære organisasjonsidéer, som de ansatte kan ta med inn i organisasjonen.

Når organisasjonsidéen blir adoptert inn i organisasjonen vil den i stor eller liten grad bli oversatt og endret for å passe inn i den lokale konteksten. Idéen kan beholde innholdet og formen og nærmest forbli uendret (Røvik 2007, s. 308). I arbeidet med helseoversikter og planstrategier ville kommunene i slike tilfeller ha fulgt loven, forskrifter og veiledere veldig nøye. Hofstad et al. (2015, s. 35) argumenterer imidlertid for at i arbeidet med helseoversikten, som er en såpass vid og omfattende bestilling, er det trolig vanskelig å unnlate å gjøre justeringer.

Den opprinnelige organisasjonsidéen kan endres og justeres ved addering, som betyr å legge til noen elementer, eller fratrekking, som betyr det motsatte, altså at man trekker fra noen elementer (Røvik 2007, s. 311). Addering kan innebære at vi gjør noen sider av den opprinnelige organisasjonsidéen enda tydeligere og viktigere, *mer eksplisitte*. Fratrekking kan handle om å gjøre noe som i den opprinnelige organisasjonsidéen var meningsbærende og viktig til noe mer nedtonet og generelt, - altså å gjøre noe eksplisitt til noe implisitt (Røvik 2007, s. 312-313). Fratrekking kan forøvrig også i noen tilfeller handle om å unnlate helt å ta med elementer fra den opprinnelige versjonen av organisasjonsidéen. Både addering og fratrekking kan bli gjort med hensikt, men det kan også være en uintentert handling.

Det finnes også mer radikale måter å endre den opprinnelige organisasjonsidéen på. Røvik kaller dette for omvandling (Røvik 2007, s. 115). I slike tilfeller endres gjerne både ideens form og innhold i såpass stor grad at den lokale varianten som utvikles mer fremstår som en lokal innovasjon enn en representasjon av den opprinnelige organisasjonsidéen. Med tanke på utarbeidingen og bruken av helseoversikter og kommunale planstrategier vil slike endringer begrenses fordi ideene er forankret i lovverket.

Hvordan organisasjonsidéen blir oversatt er i stor grad avhengig av om organisasjonene besitter *translatørkompetanse* (Røvik 2007, s. 319). Translatørkompetanse består av flere elementer. For det første må translatøren ha inngående kjennskap til den opprinnelige organisasjonsidéen og hvor den er hentet fra (Røvik 2007, s. 325). Med tanke på oversiktsarbeidet, handler det om å ha kunnskap om både forventningene som ligger i lovverket og tilhørende forskrift og veileder, samt hvilke prinsipper og målsettinger som ligger til grunn for det systematiske folkehelsearbeidet. Videre er det nødvendig med kunnskap om organisasjonen hvor ideen skal innføres (ibid.). Ingen kontekst er lik. Den enkelte kommune har ulik historie og ulik sammensetning av ansatte, prosedyrer, strukturer og rutiner. For det andre handler translatørkompetanse om språksetting av ideen, en prosess som krever kreativitet og mot. Translatøren, må blant annet vite når det er hensiktsmessig å omvende, kopiere, fratrekke og/eller addere. Røvik (2007, s. 321) peker på at det tilsynelatende ikke er stor nok bevissthet rundt at idéer vanligvis *må* oversettes til konkrete, lokale versjoner for å i det hele tatt kunne fungere i den lokale konteksten. For det tredje må translatøren ha tålmodighet for å klare å holde idéen gående. Det kan ta tid før idéen manifesterer seg i praksis, og da er det viktig å ikke gi opp. Vi kan fort bli utålmodige og tenke at idéen ikke blir mer enn prat og lite eller ingen handling. At det prates om ideen er imidlertid i seg selv positivt, ifølge Røvik (2007, s. 333). «Språksmitte» er helt nødvendig for at idéen skal begynne å feste seg i organisasjonen. Det kan bare ta tid før ideen for fullt blir implementert (inkubasjonstid). For det fjerde og siste så må translatøren ha styrke og mot, fordi organisasjonsidéer som har til hensikt å endre organisasjonen, enten i teknisk forstand eller verdimesig, kan skape motstand. Translatøren må i slike situasjoner evne å raskt sette seg inn i konflikt- og interessedimensjoner i organisasjonen og håndtere motstanden.

#### 3.4.1.1 ALTERNATIVE TEORIER

Før jeg valgte å konsentrere meg om Røviks translasjonsteori og virusteori (Røvik 2007), vurderte jeg ulike teorier innenfor de to perspektivene rasjonelt og naturlig systemperspektiv (Scott & Davis 2016). Vi finner også teorier som omhandler organisasjonsidéer i det naturlige systemperspektivet, mer konkret innen nyinstitusjonalismen. Christensen et al. (2009) bruker her ordet myte. Ifølge myteperspektivet befinner organisasjoner seg i institusjonelle omgivelser. Disse omgivelsene stiller forventninger, i form av sosialt skapte normer, til hvordan organisasjonene bør være utformet. Organisasjonene vil prøve å inkorporere normene og reflektere dem utad, uavhengig av om normene vil gjøre virksomheten mer effektiv eller ikke. Disse sosialt skapte normene, som kan kalles myter (eller organisasjonsoppskrifter), spres ofte raskt gjennom imitasjon. Noen ganger tas de inn i offentlige virksomheter uten at det får instrumentelle virkninger. I slike tilfeller kan det utenfra se ut som organisasjonen har implementert myten eller organisasjonsoppskriften, men i realiteten fungerer oppskriften mer som en slags ferniss eller glasur. Det er mer snakk enn faktisk handling. DiMaggio og Powell (referert av Christensen et al. 2009, s. 91) peker på tre motiver for å adoptere mytene. Mimetisk adoptering viser til at organisasjoner kan prøve å etterligne andre organisasjoner som har suksess og anseelse. Normativt basert adoptering er når spredningen og adopteringen av ideer skyldes ulike faggrupper og profesjoners felles normer, kunnskaper og verdier. Tvangsmessig adoptering dekker adoptering som er motivert av lover og forskrifter, som f.eks. innføringen av reformer. Uavhengig av hva som er grunnen til at organisasjonene adopterer mytene, betyr ikke adopteringen nødvendigvis at mytene faktisk blir satt ut i praksis. I organisasjonslitteraturen trekkes det i stor grad frem tre ulike forventninger til mytenes skjebne i møte med organisasjonen. Det første scenariet innebærer en rask tilkobling, som betyr at organisasjonen kan iverksette mytene raskt, rasjonelt og planmessig, og videre regne med positive virkninger. Det andre scenariet er at myten frastøtes. Forsøkene på å iverksette myten opphører fordi myten ikke er kompatibel med kompleksiteten eller verdiene til organisasjonen. Det siste scenariet er frikopling, og med det menes at organisasjonen adopterer myten, men gir den begrenset innflytelse. Organisasjonen opplever her myten som inkompatibel med organisasjonens grunnleggende verdier og normer, men føler et press fra omgivelsene om å adoptere den til tross for dette. For å fremstå som moderne, og for å oppnå legitimitet fra omgivelsene, kan løsningen da bli å tilsynelatende adoptere myten, men sørge for at den er frikoplet og at den dermed ikke får for stor innvirkning på viktige prosesser og aktiviteter. De tre mulige utfallene, rask tilkobling, frastøting og frikopling, representerer ikke hele spekteret av mulige utfall. Disse tre alternativene tar ikke i betraktning tidsaspektet, altså at adoptering og iverksetting vanligvis er prosesser som skjer over lenger tid. Virusteorien og translasjonsteorien er to teorier hvor dette aspektet er ivare tatt. Derfor mener jeg Virusteorien og translasjonsteorien er bedre egnet som referanseverk i denne oppgaven.

## 4 METODISK TILNÆRMING

Å *bruke en metode* er å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al. 2016). I forskerrollen har vi flere mulige veier å gå. *Metodisk transparens* er et begrep vi kan bruke til å beskrive åpenheten rundt hvordan en studie er gjennomført, og graden av transparens er en av flere kvalitetsindikatorer for et forskningsprosjekt (Tjora 2010, s. 198). Med dette kapittelet ønsker jeg å begrunne de metodiske valgene jeg har tatt og beskrive *veien til målet* så detaljert som mulig.

### 4.1 KVALITATIVE OG KVANTITATIVE METODER

Innen den samfunnsvitenskapelige forskningen skiller vi mellom kvantitative og kvalitative forskningsmetoder (Johannessen et al. 2016, s. 28). Jeg vil her først gi en kort beskrivelse av den kvantitative tilnærmingen. Videre vil jeg beskrive den kvalitative tilnærmingen og også begrunne hvorfor jeg har valgt et kvalitativt design for denne studien.

Kvantitative metoder er egnet til å kartlegge *utbredelsen* av ulike fenomener, altså mengden, hyppigheten eller antallet av «noe». I denne typen forskning beskriver vi virkeligheten med talldata, tabeller og statistikk. (Brinkmann & Tanggaard 2012, s. 11-12).

Til forskjell fra kvantitative metoder, er de kvalitative forskningsmetodene rettet inn mot *hvordan* noe gjøres, sies, fremstår eller utvikles (Brinkmann & Tanggaard 2012, s. 11-12). Ofte står menneskers erfaringsprosesser, opplevelser og sosiale liv i sentrum. Å benytte seg av kvalitative metoder er ifølge Johannessen et al. (2016, s. 28) særlig hensiktsmessig når vi skal studere fenomener vi vet lite om og som det er forsket lite på, samt i tilfeller hvor vi søker en fyldigere forståelse av et fenomen.

Med denne studien er det akkurat dette med å søke en fyldigere forståelse rundt som er hensikten. Fokuset i studien er dessuten rettet inn mot *hvordan* noe *gjøres* og *oppleves*. Jeg kan ikke fange opp og beskrive disse erfaringene på en utfyllende måte med tall og statistikk. Her er det nødvendig med en mer eksplorativ tilnærming, hvor jeg åpner for både fyldigere og uventede svar. Derfor har jeg valgt en kvalitativ metode for denne studien.

### 4.2 VALG AV CASESTUDIE SOM FORSKNINGSMETODE

Casestudie er en av metodene som tilhører den kvalitative forskningsretningen, og det er denne metoden jeg har valgt å bruke. Johannessen et al. (2016, s. 80-81) peker på to kjennetegn ved denne måten å forske på: *avgrenset oppmerksomhet mot den spesielle casen og en mest mulig detaljert beskrivelse*.

Jeg vil her gi en begrunnelse for hvorfor jeg har valgt casestudie som metode for denne studien.

Yin (2013, s. 40-47) beskriver tre forhold som det er hensiktsmessig å fokusere på når vi skal velge forskningsmetode:

1. *Forskningsspørsmålet*. Hvordan er spørsmålet utformet? Er det et «hvem-», «hva-», «hvor-», «hvordan-» eller «hvorfor-spørsmål»?

2. *Historiske hendelser versus samtid.* Ligger hendelsene vi ønsker å studere langt tilbake i tid, eller er hendelsene i samtid?
3. *Grad av kontroll over atferd.* I hvilken grad har vi som forskere mulighet til å manipulere eller påvirke atferd på en systematisk og presis måte?

Tar vi disse tre forholdene i betraktning er det tilfeller hvor casestudie skiller seg ut som den mest egnede forskningsmetoden (Yin 2013, s. 46). Dette er når vi stiller et «*hvorfor/hvordan*»-spørsmål med fokus på et *samtidsmessig fenomen*, og hvor forskeren har *liten eller ingen kontroll* over fenomenet. I lys av dette mener jeg at casestudie som metode er et godt valg for denne studien. Både problemstillingen/forskningsspørsmålene og graden av kontroll underbygger dette. Riktignok har jeg ikke studert fenomenet i samtid, men inkludert erfaringer og opplevelser som ligger nært i tid. Fenomenet, altså det systematiske folkehelsearbeidet og implementeringen av dette, er dessuten en kontinuerlig prosess og et dagsaktuelt tema.

### 4.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING

Det finnes ulike måter å gjennomføre en casestudie på. Jeg vil her beskrive hvordan jeg har utført studien, og redegjøre for hvorfor jeg har gått frem som jeg har gjort.

#### 4.3.1 DEFINERING OG VALG AV CASE

En casestudie kan beskrives som en intensiv studie av én eller noen få enheter (Andersen 2013, s. 23). Enheten, altså casen, kan for eksempel være en organisasjon, en del av en organisasjon, en prosess, en beslutning, et hendelsesforløp, en aktivitet, et sammensatt system, et land eller et individ (Andersen 2013, s. 23; Johannessen et al. 2016, s. 205). Ifølge Andersen (2013, s. 14) er det viktig å ikke forveksle casen med undersøkelseskonteksten. Yin (2013) trekker imidlertid frem at et kjennetegn ved casestudier, er at det er en noe utydelig grense mellom case og kontekst, noe jeg også mener er tilfellet her.

I denne studien mener jeg at casene best kan beskrives som prosesser, eller mer konkret selve *implementeringen og forankringen av det systematiske folkehelsearbeidet*. De utvalgte kommunene vil da representere undersøkelseskonteksten. Prosessene og kommunen er sterkt farget av og knyttet til hverandre, og derfor mener jeg det ikke er et markant skille her. I prosessen med å velge case, er det trekk ved kommunene som har stått sentralt, og det er derfor valg av kommunene som videre beskrives i de følgende avsnittene.

Jeg valgte kommunene i samarbeid med fylkeskommunen i Telemark. I og med at oppgaven skulle skrives på oppdrag av fylkeskommunen, var det naturlig og forventet at kommunene skulle tilhøre Telemark fylke. Dermed hadde vi 18 mulige kommuner å velge mellom. For å kunne sammenligne, og for å få en bredere forståelse for problemstillingen, valgte jeg å studere to kommuner. Det kunne vært interessant å studere flere kommuner, men dette ville vært vanskelig å få til grunnet studiens tidsperspektiv og omfang.

For å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte, har jeg ikke valgt kommunene tilfeldig, men ut fra noen bestemte kriterier. Det første kriteriet var knyttet til hvor langt kommunene var kommet i implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet. Sammen med fylkeskommunen vurderte jeg det som mest hensiktsmessig å velge kommuner som allerede var ferdige med både helseoversikten og planstrategien. Disse kommunene ville ha gått gjennom hele prosessen jeg ønsket kunnskap om.

Med det første kriteriet tatt i betraktning, satt vi igjen med under halvparten av kommunene. Av disse var det to kommuner som nylig hadde bidratt i en annen folkehelsestudie. Fylkeskommunen ytret derfor et ønske om at jeg skulle velge bort disse to.

Det siste utvalgskriteriet omhandlet befolkningsstørrelse. I en undersøkelse utført av Riksrevisjonen (2015) kom det frem at store kommuner hadde kommet lenger i oversiktsarbeidet sammenlignet med små kommuner. Det ble her også uttalt av et fylkesmannsembete at det kun var store kommuner som hadde store nok fagmiljøer til å innfri forventningene som kom med folkehelseloven. Med dette i tankene, vurderte jeg det som en mulighet at utfordringene relatert til det systematiske folkehelsearbeidet kan være forskjellige i henholdsvis store og små kommuner. Jeg ville gjerne få med disse mulige nyansene også, og valgte derfor to kommuner med ulik befolkningsstørrelse.

Det var fylkeskommunen som til slutt foreslo to konkrete kommuner med relativt stor forskjell i innbyggertall. Disse to kommunene hadde også noen andre trekk ved seg som skilte dem fra hverandre, som beliggenhet og arealmessig størrelse. Jeg har presentert kommunene under avsnittet *presentasjon av case*.

#### 4.3.2 VALG AV DATAKILDER

For å kunne beskrive casene grundig og i detalj, er det vanlig å bruke flere ulike datakilder. Disse har til felles at de er tids- og stedsavhengige. Oftest brukes kvalitative tilnærminger under datainnsamlingen, som for eksempel intervjuer, observasjon og dokumentanalyser, men det er også mulig å bruke kvantitative data, som eksisterende statistikk og strukturerte spørreundersøkelser.

I denne studien har jeg valgt å bruke semistrukturerte forskningsintervju i kombinasjon med dokumentanalyser for å kunne gi en tykk beskrivelse og forståelse av casene. Nedenfor vil jeg først ta for meg forarbeidet tilknyttet intervjuene, gjennomføringen av dem og beskrivelse av analyseprosessen. Deretter vil jeg redegjøre for valg tilknyttet dokumentanalysen.

#### 4.3.3 REKRUTTERINGEN AV INTERVJUDELTAERE

Etter å ha valgt to kommuner, vurderte jeg hvem det ville være mest hensiktsmessig å intervju. I og med at helseoversikten, planstrategien og folkehelsearbeidet skulle i fokus, måtte personene ha en rolle i utarbeidelsen av relevante dokumenter eller en sentral rolle i kommunenes folkehelsearbeid. Fra hver av kommunene ønsket jeg derfor å involvere en person med ansvar for folkehelsearbeid og utarbeidelse av helseoversikten pluss en person med ansvar for utarbeidelse av planstrategien. Siden kommunen dessuten er en politisk organisasjon, og alle planer vedtas av kommunestyret, ønsket jeg også å intervju en sentral politiker, fortrinnsvis en ordfører eller en leder for et utvalg med ansvar for plan og/eller folkehelse.

Etter at jeg hadde avklart hvem jeg ønsket å intervju, kontaktet jeg dem på e-post. Fylkeskommunen ga meg kontaktdetaljene til personene med ansvar for folkehelse i hver av kommunene. Begge takket ja og ga meg videre kontaktdetaljer til ansvarlig for planstrategien. Jeg kontaktet ordførerne direkte på e-post. Ordføreren i den ene kommunen ble med. Den andre var opptatt og måtte frastå, men ga meg kontaktdetaljer til lederen for utvalget med ansvar for folkehelse. Denne personen hadde mulighet til å bli med. Måten jeg valgte informantene på, kan i utgangspunktet beskrives som kriteriebasert (Johannessen et al. 2016, s. 119 og s. 120). At noen av informantene videreformidlet kontakt til andre aktuelle personer, er imidlertid et aspekt som kjennetegner snøballmetoden. Kort fortalt går denne metoden ut på at vi, i forskerrollen, først

kontakter deltakere som vi vet har rik informasjon om temaet vi vil undersøke, deretter kan disse foreslå andre som kan ha opplysninger om det vi er interessert i (Johannessen et al. 2016, s. 119).

#### 4.3.4 VALG AV INTERVJUMETODE

Formålet med intervjuene har vært å belyse intervjudeltakernes egne tanker og erfaringer rundt implementeringen av folkehelsearbeidet. Interessen for å forstå verden ut fra informantenes sine egne perspektiver, blir innen kvalitativ forskning beskrevet som en fenomenologisk tilnærming (Kvale & Brinkmann 2009, s. 45-51). Vi som forskere beskriver da verden slik aktørene opplever den, med en forståelse om at den virkelige virkeligheten er den som mennesker oppfatter.

Semistrukturerte intervjuer er spesielt egnet når vi har valgt en fenomenologisk tilnærming (Tjora 2010, s. 90). Derfor har det vært naturlig for meg å velge denne formen for intervju. Kort fortalt kjennetegnes intervjuformen av at samtalen *både* er fri og uformell *og* sentrert rundt temaer som forskeren har valgt ut på forhånd. Temaene er ofte presisert og formulert som spørsmål i en intervjuguide.

Det finnes mange fordeler ved å bruke semistrukturerte intervju under datainnsamlingen. At samtalen er relativt fri, gir oss muligheten og rom til å fange opp uventede aspekter og gå i dybden ved å stille oppfølgingsspørsmål. En kombinasjon av ferdig formulerte spørsmål og spontane oppfølgingsspørsmål, kan også skape en fin balanse og flyt i samtalen. Samtidig vil bruken av en intervjuguide sikre at alle relevante temaer blir tatt opp under intervjuet og videre lette et eventuelt arbeid med å systematisere svarene i analysen. Tjora (2010, s. 119) påpeker dessuten at selv om et semistrukturert intervju har den frie, uformelle samtalen som ideal, er det sånn at intervjudeltakerne i forkant av intervjuet sannsynligvis vil ha en forventning om å måtte svare på planlagte og ferdig formulerte spørsmål. At vi som forskere møter intervjudeltakeren med noen forhåndsdefinerte spørsmål, vil sannsynligvis gi han eller henne et inntrykk av seriositet Tjora (2010, s. 119).

#### 4.3.5 UTARBEIDINGEN AV INTERVJUGUIDEN

Jeg valgte å dele intervjuguiden inn i følgende temaer:

- *Informantens rolle og ansvarsområde.*  
I forkant av intervjuet visste jeg allerede noe om deltakernes rolle og ansvarsområdet i kommunen, men jeg ville gjerne vite mer. Jeg spurte om bakgrunnen deres, med tanke på yrkeserfaring, utdanning og fartstid i kommunen. Tanken bak det var at bakgrunnen kunne kanskje forklare deltakernes perspektiver, engasjement, kompetanse og forutsetninger relatert til folkehelsearbeid.
- *Forståelse av helse og folkehelsearbeid.*  
Jeg ville gjerne danne meg et inntrykk av hvordan deltakerne forsto helse og noen relaterte begreper. Helse i alt vi gjør står sterkt i folkehelseloven (2011), derfor ville jeg undersøke hvorvidt deltakerne tenkte «bredt»? Tenkte de forebyggende og helsefremmende fremfor reparering, slik samhandlingsreformen legger opp til? Opplevde de at de snakket de samme «folkehelsespråk» når de pratet med for eksempel kolleger?
- *Kobling mellom folkehelse og planlegging.*  
Det systematiske folkehelsearbeidet er et resultat av en bevisst kobling mellom folkehelseloven (2011) og plan- og bygningsloven (2012). Studien handler om hvordan de to utvalgte kommunene har oversatt deler av det systematiske folkehelsearbeidet. Derfor



var det nødvendig og naturlig å ha et tema i intervjuguiden med spørsmål knyttet til disse prosessene.

- *Forankring i organisasjonen.*

Med dette temaet ønsket jeg å undersøke om det var en god «grobunn» for folkehelsearbeidet i kommunen. Var folkehelse et tema som hadde fått fotfeste politisk og administrativt? Hvem hadde eierskap til folkehelse? Fantest det barrierer eller drivkrefter?

Intervjuguiden hadde samme temainndeling for alle deltakerne, men spørsmålene varierte noe, alt etter hvilken rolle og ansvarsområde deltakeren hadde. Jeg har lagt ved en intervjuguide for å illustrere temaene, rekkefølgen og hvordan jeg har formulert spørsmålene.

#### 4.3.6 PILOTINTERVJUENE

Ved starten av denne studien hadde jeg ikke noe særlig erfaring med å bruke intervju som forskningsmetode. Derfor valgte jeg å gjennomføre to pilotintervjuer en uke før jeg møtte den første informant. Intervjudeltakerne hadde erfaring med utarbeiding av regionale helseoversikter, regional planstrategi og relevante planer. De hadde altså lignende arbeidsoppgaver og ansvarsområder som flere av informantene, bare på et annet styringsnivå. Dette gjorde at jeg i tillegg til å kunne dra nytte av erfaringen også fikk muligheten til å teste intervjuguiden. - Fungerte spørsmålene som jeg hadde sett for meg? Var de tydelige nok? Jeg var også spent på om jeg hadde for mange spørsmål til at det ville være rom for eventuelle oppfølgingsspørsmål og nyttige digresjoner. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra aktørene og min egen opplevelse, ble det gjort noen små justeringer på intervjuguiden i etterkant av pilotintervjuene. Pilotintervjuene gjorde meg tryggere i rollen som intervjuer, og bidro også til at jeg husket spørsmålene bedre slik at jeg senere ikke var like bundet til intervjuguiden.

#### 4.3.7 GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE

Intervjuene, som alle ble gjennomført i November 2016, varte mellom 60 og 90 minutter. Alle informantene ble, etter eget ønske, intervjuet der de jobbet, enten på eget kontor eller på et møterom. Jeg opplevde alle informantene som trygge i situasjonen, eller at de ble trygge kort tid etter at vi hadde satt i gang. At vi var i kjente omgivelser, hvor de følte seg hjemme, kan ha bidratt til dette. I tillegg hadde samtlige informanter høyere utdanning og relativt lang arbeidserfaring. Jeg mener dette også kan ha gjort informantene trygge fordi det kan ha bidratt til å utjevne et eventuelt asymmetrisk maktforhold, som er et naturlig aspekt ved forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann 2009, s. 52 og 158).

Jeg brukte båndopptaker under intervjuene. Dette gjorde det enkelt å kunne lytte aktivt, være oppmerksom og komme med oppfølgingsspørsmål. Jeg hadde planlagt å også ta notater underveis, men for å lettere klare å holde en naturlig flyt i samtalen, lot jeg stort sett være. Før båndopptakeren ble skrudd på, presenterte jeg meg selv og prosjektet, og ga muligheten til å stille spørsmål. Også på slutten av intervjuet åpnet jeg for spørsmål og ga muligheten til å tilføye noe.

Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Slik fikk jeg muligheten til å gå grundig gjennom hvert intervju og bli godt kjent med materialet. Kvale og Brinkmann (2009, s. 129) peker på at når vi transkriberer våre egne intervjuer vil vi til en viss grad erindre, og gjøre oss tanker om, de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjuet og allerede påbegynne meningsanalysen av det som ble sagt. Det kan også hende at ved å transkribere teksten selv reduseres risikoen for feiltolkninger.

For å ytterligere forsikre meg mot feiltolkninger tok jeg i bruk et transkriberingsprogram som også forenklet prosessen. Programmet gjorde det enklere å navigere i lydopptaket, og hadde en loopfunksjon som spilte korte seksjoner om igjen mens jeg transkriberte.

Jeg valgte å skrive ned intervjuene ordrett, men på bokmål i stedet for dialekt, og inkluderte gjentakelser samt diverse lytte- og tenkelyder som hm, eh og lignende. Alternativt kunne jeg valgt å forkorte teksten og gjøre den til en mer formell, ryddig skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann 2009, s. 190). Dette unngikk jeg bevisst for å lettere kunne fange opp eventuell usikkerhet og tvetydighet rundt et tema, og for å unngå å legge inn tolkninger i teksten.

#### 4.3.8 INTERVJUANALYSEN – VALG AV METODE OG BESKRIVELSE AV ANALYSEPROSESSEN

Brekke (2006) beskriver analyse og fortolkning som det stadiet i forskningsprosessen hvor vi konstruerer svar på forskningsspørsmålene våre med utgangspunkt i råmaterialet. I denne studien er råmaterialet alle intervjutranskripsjonene og notatene jeg har skrevet i forbindelse med intervjuene, samt dokumentene. Jeg vil her beskrive hvordan jeg har gått frem og hvilke vurderinger jeg har gjort underveis i analysen av intervjuene.

Nilssen (2012, s. 15) påpeker at ettersom hver kvalitativ studie er unik, vil måten vi går frem for å analysere dataene også være unik. Vi utvikler gjerne våre egne prosedyrer og metoder for analyse som er tilpasset vår egen studie, gjerne inspirert av andre. Jeg har latt meg inspirere av Malterud (2011), og analysemetoden hun kaller *systematisk tekstkondensering*. Metoden har en viss systematikk, er oversiktlig og ryddig, noe som har gitt meg muligheten til å bedre kunne forklare og dokumentere analyseprosessen enn hvis jeg hadde valgt en mer intuitiv fremgangsmåte.

Systematisk tekstkondensering tar utgangspunkt i prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud 2011). Dekontekstualisering innebærer at vi løfter deler av stoffet ut for å se nærmere på det sammen med andre deler av materialet som sier noe om det samme. Deretter følger rekontekstualiseringen, hvor vi sørger for at svarene som vi har lest ut fra det dekontekstualiserte materialet, fremdeles stemmer overens med den sammenhengen vi hentet materialet ut fra. Malterud (2011, kap 8) beskriver og deler opp analyseprosessen i fire trinn:

1. Danning av helhetsinntrykk – finne foreløpige temaer
2. Identifisering av meningsbærende enheter – fra temaer til koder
3. Kondensering – fra kode til mening
4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Jeg har i stor grad fulgt disse trinnene, en prosess jeg beskriver nærmere i avsnittene som følger.

##### ***Første trinn: Helhetsinntrykk***

Jeg startet analysen med å lese gjennom alle de seks intervjuene gjentatte ganger for å danne meg et helhetsinntrykk og for å bli bedre kjent med materialet fra hvert intervju og hver case. Malterud (2011) påpeker at vi her skal legge til side vår egen forforståelse og teoretiske referanseramme, i tråd med det fenomenologiske perspektivet. Dersom vi har brukt en intervjuguide under intervjuet, skal vi også se bort fra denne og stille med et mest mulig åpent sinn for å være våken for nye mønstre.

Underveis noterte jeg meg hva som fanget interessen min. Videre på dette stadiet beveget jeg meg frem og tilbake mellom casene, for å se etter gjennomgående tema med relevans for

problemstillingen. Etter hvert som jeg ble bedre og bedre kjent med materialet, utkrystalliserte det seg noen foreløpige temaer, som jeg tok med meg inn i neste trinn. Disse kalte jeg

- Drivkraft
- Kapasitet
- Helseforståelse og fokusområder for helse
- Involvering og samarbeid
- Skiftet (dreining av fokus fra reparasjon til forebygging og helsefremming)

De to kommunene ble, som nevnt i metodekapittelet, strategisk valgt ut med blant annet forskjell i befolkningsstørrelse som et utvalgsriterium. Formålet med det var at jeg ønsket å fange opp eventuelle forskjeller som kunne knyttes til størrelsen på kommunene. Temaene som jeg har valgt ut på det første trinnet av analysen gir et sammenligningsgrunnlag. De går igjen i begge casene, samtidig som det er rom for motsetninger og ulike nyanser under hvert tema.

Jeg stilte meg for øvrig også åpen for å fange opp temaer som kun gikk igjen hos deltakerne hos den ene eller andre kommunen. Temaene som utkrystalliserte seg da hadde mindre relevans til det systematiske folkehelsearbeidet. Disse gikk mer ut på hvordan kommunene profilerer seg og trekk ved det geografiske området som kommunene ligger i. I liten kommune var de for eksempel i gang med et stort prosjekt som ikke hadde direkte tilknytning til folkehelse, men som krevde mye oppmerksomhet fra politisk og administrativ ledelse. Dette fikk noe plass i intervjuene og er omtalt i planstrategien og et vedlegg til den. I tillegg ble det nevnt en større utfordring som kommunen hadde stått ovenfor som krevde en del omstilling. Selv om dette var relativt store tema, ville det begrense kommunens anonymitet om jeg hadde valgt å omtale dem nærmere. I stedet noterte jeg meg bare at dette var noe som *også* har krevd oppmerksomhet hos ledelsen.

### ***Andre trinn: Meningsbærende enheter***

I det første trinnet i analysen fikk jeg et helhetsinntrykk av materialet, og ut fra dette kunne jeg, som nevnt, se noen relevante *foreløpige* temaer. Neste trinn handlet om å lese intervjutekstene linje for linje og trekke ut og kode alle meningsdannende enheter som var representative for ett eller flere tema.

På trinn 2 valgte jeg å bruke et dataprogram, HyperResearch, som verktøy i dette arbeidet. Programmet tillot meg å jobbe effektivt og systematisk, samtidig som den tillot en fleksibilitet som jeg opplevde som nødvendig på dette trinnet. Jeg kunne blant annet på en enkel måte markere et relevant utdrag fra teksten og merke det med den aktuelle temakoden. Dersom jeg ville endre koden til en annen i ettertid, eller legge til subgrupper, så var det en lett sak å fikse. Programmet la også til rette for sammenligning og videre kondensering ved at jeg kunne skrive ut rapporter hvor jeg kunne sammenstille de kodede enhetene i en tabell, sortert etter case, intervjudeltaker og kode.

Etter hvert som jeg jobbet meg gjennom intervjuene, ble det klart at enkelte av temaene fra trinn to måtte endres og det ble en del omkodning. Jeg skrev også ned noen stikkord for hver temakode, for å konkretisere hva jeg så etter. På dette trinnet landet jeg på følgende kodegrupper:

1. Forankring og drivkraft
2. Kapasitet
3. Helseforståelse og fokusområder

4. Involvering og samarbeid
5. Valg og vurderinger vedrørende utforming og innhold
6. Helseoversiktens aktualitet og bruk

### **Tredje trinn: kondensering**

Det ble en glidende overgang mellom trinn to og trinn tre, for også på dette trinnet fortsatte systematiseringen og til dels kodingen. På dette stadiet dannet jeg subgrupper for kodegruppene hvor jeg fikk sortert de meningsdannende enhetene fra forrige trinn ytterligere. Subgruppene som etter hvert tok form, ble heretter de nye analyseenhetene. Jeg tok for meg hver enkelt subgruppe, fanget essensen, og laget et kunstig sitat, et kondensat. Hver deltaker fikk et kondensat hver for hver subgruppe. Jeg skrev kondensatene i *jeg*-form. Malterud (2011) påpeker at dette er hensiktsmessig for å minne oss selv om at vi foreløpig skal representere den enkelte deltaker. I tillegg til å lage kondensatene, disse kunstige sitatene, plukket jeg på dette trinnet også ut noen *ekte* sitater. Disse skulle være illustrerende for kjernebudskapet i kondensatene.

1. Forankring og drivkraft (forankring, barrierer og drivkrefter?)
  - Organisering av folkehelsearbeidet
  - Politisk forankring
  - Administrativ forankring
  - Tverrsektoriell forankring
2. Kapasitet
  - Kompetanse
  - Tid og økonomi
3. Helseforståelse og fokusområder
  - Forståelse av helsebegrepene
  - Fokusområder i forhold til determinantperspektivet
4. Involvering og samarbeid i det systematiske folkehelsearbeidet
  - Helseoversikten
  - Planstrategien
  - Folkehelseplanen
5. Valg og vurderinger vedrørende utforming og innhold
  - Helseoversikten
  - Planstrategi
  - Folkehelseplan
6. Helseoversiktens og folkehelseplanens aktualitet og bruk

For å danne meg et tydeligere bilde over deltakernes folkehelsefokus, sorterte jeg utdragene fra kodegruppen *helseforståelse og fokusområder* inn i en tabell. Tabellen hadde kolonner som viste de ulike determinantgruppene som vi finner i Dahlgren og Whitehead (1991) sin regnbuemodell. Jeg fargekodet de ulike deltakernes utsagn, slik at det var lett å holde oversikt over hvem som hadde sagt hva, og hvilken kommune de tilhørte.

### **Fjerde trinn: Sammenfatning**

I det siste trinnet av analysen skal bitene settes sammen igjen, rekontekstualiseres (Malterud 2011). På dette trinnet laget jeg en analytisk tekst for hver kodegruppe basert på kondensatene fra forrige trinn. Hver kommune fikk en analytisk tekst for hver kodegruppe. Det er disse tekstene som danner grunnlaget i resultatdelen.

På dette stadiet bestemte jeg meg for å flette sammen kodegruppene som omhandlet involvering i det systematiske folkehelsearbeidet med kodegruppene som omhandlet valg, vurderinger og aktualitet. Jeg valgte også å flette inn data fra dokumentanalysen med disse kondensatene og presentere dem sammen med tilhørende intervjudata. Dette for å skape en mest mulig ryddig tekst og et helhetlig og fyldig bilde.

Til slutt, før jeg satte punktum for analysen, validerte jeg funnene ved å ta frem rådataene, altså intervjutekstene, og vurdere dem opp mot disse. På dette tidspunktet sendte også sitatene jeg ville bruke til intervjudeltarne på e-post, slik at de eventuelt kunne komme med innvendinger og kommentarer.

#### 4.3.9 BESKRIVELSE AV DOKUMENTANALYSEN

Tjora skiller mellom studier som er rene dokumentstudier og studier hvor dokumentene er brukt som tilleggsdata, hvor intensjonen er å skaffe relevant informasjon utover det vi selv har produsert (Tjora 2010, s. 144 - 150). Mens intervjutranskripsjonene er tekst som er produsert for akkurat denne studien, er dokumentene som inngår i dokumentanalysen produsert for andre formål enn forskning (ibid.). Dokumenter som blir brukt i dokumentanalyser kan kategoriseres som generelle, som for eksempel lover, eller spesifikke, som årsoppgaver fra en bedrift (ibid.). I denne studien har jeg brukt *spesifikke dokumenter* som *tilleggsdata*. Disse er:

- Kommunenes helseoversikt
- Kommunenes planstrategi
- Kommunenes folkehelseplan

Selv om dokumentene er brukt som tilleggsdata, anser jeg dem som helt sentrale for å kunne besvare problemstillingen. Jeg har valgt å se nærmere på helseoversiktene og planstrategien fordi disse dokumentene representerer de to fasene i det systematiske folkehelsearbeidet som er hovedfokus for studien. Videre har jeg valgt å ta for meg folkehelseplanene fordi i disse planene har kommunene utarbeidet tiltak og med disse pekt retning for folkehelsearbeidet.

Mens jeg i intervjuanalysen hadde en veldig åpen tilnærming fra start av, hadde jeg i dokumentanalysen det ganske klart for meg hva jeg ønsket å finne konkret kunnskap om. Jeg hadde allerede analysert intervjuene og dannet meg et bilde av utarbeidningen av dokumentene. Nå var formålet å se hvordan disse prosessene hadde materialisert seg i de aktuelle dokumentene. Jeg tenkte at noe av det jeg hadde funnet i intervjuene kunne bli bekreftet gjennom dokumentanalysen. Videre ville noen av funnene fra dokumentanalysen komplementere funnene fra intervjuene, og kanskje noe ville være motsigende.

Jeg foretok en innholdsanalyse med utgangspunkt i forskningsspørsmålene:

1. I hvilken grad er folkehelseperspektivet forankret politisk, administrativt, organisatorisk og i plan?
2. Hvordan har kommunene *oversatt* og *håndtert* kravene om:
  - en oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer?
  - en kommunal planstrategi, med helseoversikten som grunnlag?

Jeg var særlig interessert i:

1. Grad av tverrsektoriell forankring av folkehelse i hvert av dokumentene.

2. Hvordan hadde helseoversikten blitt brukt som grunnlag i planstrategien, jamføre folkehelseloven § 6 første ledd?  
Fantes det en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer i planstrategien, jamføre folkehelseloven § 6 annet ledd?  
Var folkehelseperspektivet ivaretatt på andre måter i planstrategien?
3. I hvilken grad reflekterer folkehelseplanen utfordringsbildet som er gitt i helseoversikten?

Underveis i prosessen var det imidlertid noen flere aspekter som vekket nysgjerrigheten min, og som jeg dermed har flettet inn i analyseteksten.

## 5 ETISKE HENSYN

Det er forskerens ansvar at alle etiske hensyn blir vurdert og ivaretatt. I Norge har Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) fastsatt forskningsetiske retningslinjer. Kvale og Brinkmann (2009, s. 88-94) har fremhevet fire etiske temaområder som vanligvis dekkes av denne typen retningslinjer. Disse er henholdsvis *informert samtykke*, *konfidensialitet*, *konsekvenser* og *forskerens rolle*. Jeg vil her redegjøre for mine vurderinger og valg i henhold til disse spesifikke områdene.

### 5.1 INFORMERT SAMTYKKE

Informert samtykke innebærer at deltakerne, i dette tilfellet informantene, blir informert om formålet med studien, eventuelle risikoer og fordeler ved å delta samt litt om hvordan studien er lagt opp (Kvale & Brinkmann 2009, s. 87). Noen dager før hvert intervju, sendte jeg informantene en e-post hvor jeg la ved et skriftlig informert samtykke (se vedlegg 1). Dette er utformet som en forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet og har informasjon om hva prosjektet handler om. I tillegg har jeg der beskrevet hvordan intervjudataene skal lagres og hvem som skal ha tilgang til rådata. Kvale og Brinkmann (2009, s. 88) påpeker at et informert samtykke også innebærer at man sikrer seg om at de involverte deltar frivillig, og jeg har derfor også opplyst om deltakerens mulighet til å trekke seg uten å måtte oppgi noen grunn.

Ved å sende samtykket på e-post i relativt god tid før vi møttes, ga jeg deltakerne en mulighet til å sette seg inn i hovedtrekkene ved studien og hvilken betydning deltakelsen ville ha for dem. Deltakerne hadde tid til å ta et informert valg om å delta og tid til å stille spørsmål om noe var uklart. Alle deltakerne skrev under på samtykket før intervjuet startet og ble også i den anledningen spurt om det var noe de ønsket mer informasjon om.

### 5.2 KONFIDENSIALITET

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s. 90) innebærer konfidensialitet i en forskningssammenheng at private data som identifiserer deltakerne ikke avsløres. For å sikre dette har alt innsamlet data, relevante e-poster og deltakerens navn og kontaktdetaljer blitt oppbevart på en bærbar, passordbeskyttet datamaskin, som bare jeg har hatt tilgang til. Alle data og personopplysninger ble slettet når prosjektet var avsluttet.

Selv om rådata og personlige opplysninger har vært utilgjengelig for uvedkomne, er det ikke garantert at kommunene og deltakerne er ugjenkjennelige for enhver som kan ha interesse av å lese den endelige rapporten. Dette til tross for at jeg har valgt å anonymisere kommunene og latt være å navngi intervjudeltakerne. Grunnen til dette er at jeg har sett det som relevant og nødvendig å beskrive enkelte trekk ved kommunene og deltakerne. Jeg opplyste alle deltakerne om graden av anonymitet og ingen hadde innvendinger mot dette. Av den grunn, og fordi denne studien i utgangspunktet ikke tar for seg forhold som er utpreget sensitive, har jeg vurdert graden av anonymitet som akseptabel.

Studier som denne, hvor personopplysninger innhentes og lagres, skal meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknaden ble godkjent 20.10.2016 (se vedlegg 3). På grunn av en fødselspermisjon har det vært nødvendig å også informere NSD, og deltakerne, om utsatt prosjektslutt.

### 5.3 KONSEKVENSER

Forskeren bør overveie hvilke skader deltakerne kan påføres ved å delta i studien, samt hvilke fordeler som eventuelt kan forventes (Kvale & Brinkmann 2009, s. 91). Ser vi dette i et nytteperspektiv, bør summen av potensielle fordeler for deltakeren sammen med verdien av kunnskapen vi vil oppnå, veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren. Kvale og Brinkmann

(2009, s. 91) trekker frem flere aspekter som bør vurderes i henhold til mulige konsekvenser. Noen av disse har mindre relevans til denne studien, da temaet som tas opp her er på et systemnivå og ikke på et personlig nivå. Nedenfor har jeg imidlertid beskrevet to aspekter som har krevd ytterligere refleksjon. Disse er henholdsvis graden av anonymitet og problematikk rundt forskjellen på muntlig og skriftlig språk.

Under avsnittet om konfidensialitet beskrev jeg graden av anonymitet som akseptabel. Noen vurderinger og grep er likevel gjort for å begrense risikoen for negative utfall. For det første vet Fylkeskommunen hvilke kommuner som er med i studien. Dette kan vurderes som problematisk sett i lys av at Fylkeskommunen blant annet er direkte involvert i deler av oversiktsarbeidet. Dersom samarbeidet ikke har fungert optimalt, eller at en av deltakerne har vært kritisk til Fylkeskommunens innsats, kunne dette kommet til uttrykk i intervjuet. En slik negativ uttalelse kunne, potensielt sett, ha skadet eller forringet forholdet mellom personer i Fylkeskommunen og deltakeren. Før jeg gikk i gang med intervjuene bestemte jeg, i samråd med hovedveileder og biveileder hos Fylkeskommunen, at Fylkeskommunen ikke skulle ha tilgang til rådata, det vil si lydfile og transkripsjonene. Av samme grunn er studien vinklet mot den delen av folkehelsearbeidet og oversiktsarbeidet som ikke involverer Fylkeskommunen. For det andre, er det også et potensial for at kolleger og samarbeidspartnere kan skjenne seg igjen i deltakernes utsagn. Også her kunne det blitt problematisk dersom deltakerne hadde ytret misnøye rettet mot enkeltpersoner eller grupper. Når det kommer til å skjerme disse relasjonene, har jeg ikke foretatt noen grep utenom å unnlate å ta med utsagn som deltakerne selv har ønsket at skal utelates.

Det andre forholdet som jeg har tatt for meg, er hvordan det kan føles for intervjudeltakeren dersom han eller hun blir sitert helt ordrett. Kvale og Brinkmann (2009, s. 91) mener vi bør ta i betraktning forskjellen på muntlig tale og skriftspråk dersom man skal sitere. Muntlig tale som er ordrett sitert kan virke rotete og annerledes enn hva vi er vant med å lese, og det kan derfor føles ubehagelig om man blir sitert ordrett. Av den grunn har jeg språkvasket alle sitatene før de har blitt gjengitt i studien.

Fordelen med å gjennomføre studien ligger i informasjonen og kunnskapen jeg har forsøkt å innhente og videreformidle. Jeg håper at deltakerne kan dra nytte av å se prosessene utenfra og at studien vil ha en grad av overføringsverdi for andre kommuner.

## 5.4 FORSKERENS ROLLE

Det siste etiske temaområdet omfavner forskerens rolle. Forskeren bærer et stort ansvar når det kommer til etiske beslutninger tilknyttet studien og til vitenskapelig kvalitet på arbeidet (Kvale & Brinkmann 2009, s. 92).

For å tilstrebe høyest mulig vitenskapelig kvalitet har jeg beskrevet «veien til målet», det vil si den praktiske gjennomføringen og de metodiske valgene, så detaljert som mulig. Videre har jeg gjengitt funn så nøyaktig som mulig.

Jeg har også hatt en kontinuerlig refleksjon og bevissthet rundt min egen forforståelse, som i hovedsak ligger i den kunnskapen jeg har opparbeidet meg gjennom studiene. Gjennom disse har jeg dannet meg personlige meninger om temaet for studien, som at koblingen mellom folkehelse og plan både er nyttig, gjennomførbar og nødvendig. Selv om slike ervervede perspektiver og oppfatninger følger den kvalitative forskeren, er intensjonen med kvalitative analyser at forskeren skal gå inn i arbeidet med åpent sinn (Postholm 2005, s. 86), noe jeg har gjort etter beste evne.



Deltakere og eventuelle sponsorer kan påvirke forskningens uavhengighet (Kvale & Brinkmann 2009, s. 92). Studien er utført på oppdrag av Fylkeskommunen i Telemark, og jeg har i den anledning også fått tildelt et stipend. Potensielt sett kan dette gi utfordringer med tanke på balansegangen mellom å være en uavhengig forsker og å produsere noe som i utgangspunktet er et bestillingsverk. Jeg har imidlertid ikke opplevd det som vanskelig å forholde meg nøytralt, selv om det alltid er en mulighet at man ubevisst blir påvirket. Samarbeidet med Fylkeskommunen har fungert svært godt. Jeg har blitt vist stor tillitt og hatt frihet til å bestemme metode, vinkling og case selv. Den eneste føringen som har blitt lagt fra Fylkeskommunens side er tema for studien.

Når det kommer til deltakerne som jeg intervjuet, opplevde jeg tonen mellom dem og meg som god, men ikke så nær at jeg anser det som sannsynlig at det kan ha påvirket nøytraliteten min, verken under intervjuet, rapporteringen eller fortolkningen. Hadde jeg gjennom studien tatt opp sensitive temaer, tror jeg det hadde vært vanskeligere å holde en nøytral posisjon. Jeg har for øvrig ingen tilknytning til de to casekommunene annet enn at de tilhører samme fylke som hjemstedet mitt.

## 6 EMPIRIKAPITTELET

Før jeg presenterer funnene, vil jeg gjerne starte kapittelet med noen ord som kan gi et inntrykk av de to kommunene som har deltatt i prosjektet og samtidig gi en kort introduksjon av intervjudeltakerne.

### 6.1 PRESENTASJON AV LITEN KOMMUNE

Liten kommune vil i nasjonal kontekst bli betegnet som en mellomstor kommune, målt i befolkningsstørrelse. Arealmessig er kommunen større enn kommunen som i denne studien blir kalt for Stor kommune.

Liten kommune har en folkehelsekoordinator i en mindre stillingsprosent, kombinert med stilling som kommunal fysioterapeut. Vedkommende har hatt rollen som folkehelsekoordinator siden 2012. Det er ikke helt formalisert hvem som er hennes nærmeste leder i stillingen som folkehelsekoordinator, men hun henvender seg til enhetslederen for helse- og familietjenester. Folkehelsekoordinatoren er en av intervjudeltakerne og blir referert til som «folkehelsekoordinator, Liten kommune».

Kommunen har en flat administrasjonsstruktur, organisert etter to-nivå-modellen. På øverste nivå er rådmannens ledergruppe, som består av rådmannen selv, to kommunalsjefer og en personal- og kommunalsjef. I tillegg jobber det en rådgiver opp mot rådmannsteamet, som har hatt en sentral rolle i utarbeidingen av kommunens planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel. Rådgiveren er den andre intervjudeltakeren i Liten kommune. Hun har hatt stillingen i to år, men har jobbet i kommunen i mange år og lagde også den forrige kommuneplanen. Det er nå over tolv år siden. Av utdanning har hun blant annet utdanning innen samfunnsplanlegging og en master fra handelshøyskolen i København. Hun blir referert til som «rådgiver, Liten kommune».

Kommunen er styrt etter formannskapsmodellen og organiserer det politiske arbeidet etter hovedutvalgsmoellen. Den tredje personen som har bidratt som intervjudeltaker er kommunens ordfører. Ordføreren har sittet i kommunestyret i fem år og hatt ordførerrollen det siste året. Han har utdanning innenfor ledelse og helse, og har jobbet innenfor helse fra han var ferdig utdannet til han ble ordfører. Han vil bli referert til som «ordfører, Liten kommune»

### 6.2 PRESENTASJON AV STOR KOMMUNE

Stor kommune har et innbyggertall som er flere ganger høyere enn Liten kommune, men med hensyn til areal er kommunen mindre enn Liten kommune.

Også Stor kommune har en flat struktur, med fire kommunalområder. Kommunens øverste administrative ledelse er rådmannens ledergruppe, som består av de fire kommunalsjefene og rådmannen selv. Under hvert kommunalsjefområde er det flere virksomheter. Disse er ledet av virksomhetsledere, som er direkte underlagt rådmannen.

En av intervjudeltakerne i Stor kommune er avdelingsleder i virksomheten som blant annet har ansvaret for planer, inkludert kommuneplanen. På tidspunktet for intervjuet hadde avdelingslederen jobbet i kommunen i omkring ni år og hatt stillingen som avdelingsleder i tre-fire år. Han har utdanning som samfunnsgeograf og har blant annet hatt ansvaret for prosessen

tilknyttet planstrategien i Stor Kommune. Videre i studien vil han bli referert til som «avdelingsleder, Stor kommune».

Kommunen har hatt en folkehelsekoordinator i 100% stilling, men da jeg samlet inn data, var det kommuneoverlegen som det siste året hadde hatt dette ansvaret. Det er udefinert hvor stor del av stillingen hans som skal brukes til dette. På tidspunktet for intervjuet hadde han jobbet i kommunen i fem år. Stillingen som kommuneoverlege er plassert i kommunalsjefområdet helse og velferd. Kommuneoverlegen er en av intervjudeltakerne fra Stor Kommune og blir videre referert til som «kommuneoverlege, Stor Kommune».

På lik linje med Liten kommune styres kommunen etter formannskapsmodellen og det politiske arbeidet blir organisert etter hovedutvalgsmodellen. Den siste intervjudeltakeren er politiker og utvalgsleder for Helse- og omsorgsutvalget, samt vara i hovedutvalget. Da intervjuet ble gjennomført, hadde hun vært aktiv i lokalpolitikken i tre-fire år, det siste året som bystyrerepresentant. Utenom vervet hun har i politikken er hun i jobb som personalsjef, med utdanningsbakgrunn innen HR og prosjektledelse fra BI i tillegg til førskolelærerutdanning. Hun vil bli referert til som «utvalgsleder, Stor kommune».

## 6.3 PRESENTASJON AV FUNN

Erfaringene med det systematiske folkehelsearbeidet dreier seg i stor grad om dokumentene som blir brukt og produsert. Funn fra intervjuene som er direkte tilknyttet dokumentene og funn fra dokumentanalysen komplementerer hverandre. Derfor presenterer jeg dem samlet. Først tar jeg for meg helseoversikten til Liten kommune, deretter helseoversikten til Stor kommune og så runder jeg av med en oppsummering av funn fra disse. Planstrategiene og folkehelseplanene blir presentert på samme måte.

Videre i empirikapittelet vil jeg presentere forhold i kommunen som er knyttet til temaene som utkrystalliserte seg gjennom analyseprosessen. Jeg har vurdert at disse har en relevans for det systematiske folkehelsearbeidet fordi temaene sier noe om klimaet som det systematiske folkehelsearbeidet foregår i, blant annet om hvordan folkehelseperspektivet er forankret i kommunene, og hvilken forståelse av folkehelsebegrepet som råder.

Jeg har valgt å presentere noen få funn på tvers av case. Dette fordi disse har rot i materialet fra begge kommunene, for eksempel ved at deltakere med lignende roller i de to kommunene har møtt lignende utfordringer.

### 6.3.1 HELSEOVERSIKTEN

Helseoversikten har en nøkkelrolle i det systematiske folkehelsearbeidet, og er i stor grad vektlagt i denne studien. Under vil jeg presentere empiri tilknyttet helseoversiktene til Stor og Liten kommune og følge opp med en oppsummering av funn til slutt.

#### 6.3.1.1 HELSEOVERSIKTEN – LITEN KOMMUNE

Helseoversikten til Liten kommune ble ferdigstilt i 2015 og er på 27 sider (Liten kommune 2015b). Ifølge folkehelsekoordinatoren er det ment at den skal følge folkehelseplanen.

I Liten kommune ble både oversikten og folkehelseplanen utarbeidet av en tverrsektoriell gruppe bestående av kommuneoverlegen, fagleder for planavdeling, leder av NAV, en ungdomsskolerektor, ungdomsarbeider og leder for frivillighetssentralen. Leder for helse- og

familietjenester ble med etterhvert og kommunalsjefen for helse og omsorg var med innimellom. Folkehelsekoordinatoren hadde et koordineringsansvar i begge prosessene og var den som skrev dokumentene. Hun er fornøyd med måten gruppa arbeidet på. De fordelte oppgavene, og alle tok ansvar for sin del.

Folkehelsekoordinatoren understreker at det var spesielt bra å ha med kommuneoverlegen i prosessen, at han var engasjert og hadde en del tall, for da ble det liksom «mer pondus, eller status», sier hun. Dette beskriver hun som en suksessfaktor i oversiktsarbeidet, sammen med blant annet muligheten til å jobbe i en tverrfaglig arbeidsgruppe.

Den siste suksessfaktoren, som folkehelsekoordinatoren nevner, er tilknyttet innsamlingen av kunnskap, «... Og så er det det at man må vite hvor en skal finne statistikken, - man må da ha litt», påpeker hun. I starten opplevde hun at det var litt vanskelig å innhente all informasjonen de trengte, men forteller at de også hadde litt flaks underveis. Hun viser til at det startet en ny medarbeider hos fylkeskommunen, som satte i gang med å systematisere data fra kommunehelse statistikkbank for hver kommune i fylket. Hun påpeker videre at de også hentet inn mye data selv, og at det var en fordel å ha med leder av NAV fordi hun kunne oppdatere en del av statistikken. Ung data- undersøkelsen brukte de også, selv om den var litt gammel. De fulgte punktene i loven om hva som skulle tas med, og konsentrerte seg om det som var tilgjengelig. For å samle informasjon om lokale utviklingstrekk og faktorer som kan påvirke folkehelsen, spurte de blant andre politiet, men de hadde ikke så mye lokalt. De la til en del om hva som skjer i kommunen av tiltak innen kultur. Underveis i arbeidet kom Helsedirektoratet ut med veilederen «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse». Folkehelsekoordinatoren sier at de brukte den «noe», og at den var til hjelp.

I liten kommune har de valgt å legge utfordringsbildet, en beskrivelse av de største folkehelseutfordringene i kommunen, inn i folkehelseplanen, *i stedet* for å ta det med i helseoversikten. Folkehelsekoordinatoren tror ikke dette var et veldig bevisst valg, men at de da unngikk å skrive det to ganger. Dokumentet følger for øvrig folkehelseplanen, noe som er påpekt under tittelen på fremsiden av oversiktsdokumentet.

Folkehelseoversikten tar for seg alle temaene som er listet i forskriften om oversikt over folkehelsen (2012, § 3), og er også strukturert i kapitler etter disse. Ifølge folkehelseloven (2011, § 5) skal helseoversikten omfatte både helsetilstand og påvirkningsfaktorer, noe Liten kommune sin oversikt gjør. Ved en gjennomgang av innholdet, vurderer jeg det likevel som at det på noen områder er rom for *noe* mer informasjon om påvirkningsfaktorer (Liten kommune 2015b). For eksempel innledes kapitlet om *fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø* med en grundig og innholdsrik beskrivelse av *kultur og fritid*, men etterfølges av lite eller ingen informasjon om henholdsvis fysisk, biologisk og kjemisk miljø (ibid.).

I helseoversiktens siste kapittel er det et avsnitt med kommentarer til tolkning av statistikk, hvor det pekes på at selv om statistikk kan ha en stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, er det også tilknyttet store utfordringer til bruken og fortolkningen av den (Liten kommune 2015b, s. 27). I avsnittet beskrives bruken av statistikk på økt medisinbruk som problematisk, fordi tallene ikke sier noe om grunnen til økningen, og at konklusjonene om årsakene derfor ofte blir fortolkninger. Videre pekes det på at det er mer utfordrende for små kommuner enn store kommuner å utarbeide og fortolke statistikk. Dette begrunnes med at datagrunnlaget blir for lite og at tilfeldige svingninger da kan gi store utslag, som igjen gjør det vanskelig å se tydelige trender. I siste kapittel i oversikten finner vi også en liste med kilder.

Det ble lagt vekt på brukervennlighet da oversikten ble utformet, sier folkehelsekoordinatoren. Hun sier den var litt lang i starten, så hun jobbet med å gjøre den kortfattet. I oversikten ser jeg at

informasjonen er presentert i både tabeller, diagrammer og tekst. I mye av statistikken sammenlignes tallene for Liten kommune med tall for Telemark og nasjonalt. Noe av statistikken viser utvikling over tid.

Folkehelsekoordinatoren håper helseoversikten vil bli brukt til å lage tiltak der det trengs, men er litt redd for at den «går i glemmeboka og ikke blir brukt så aktivt». Selv har hun brukt den når hun har gitt innspill til samfunnsdelen i kommuneplanen. I tillegg har hun brukt den som argumentasjon for tiltak og til å foreslå alternative tiltak og prioriteringer. Hun trekker frem at den kan være nyttig i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, og viser til når kommunen for eksempel skal lage en sykkelplan. Da er det greit å vise til oversikten for å understreke at dette «ikke skal være for elitesyklister, for dem klarer seg selv». Hun forteller videre at det har vært noen som har brukt oversikten for å argumentere ovenfor politikerne i sammenheng med sponning av oppretting av en idrettslinje på en videregående skole.

Utenom å bruke helseoversikten til å utvikle tiltak, eller til å begrunne alternative tiltak, mener folkehelsekoordinatoren at den også kan brukes som grunnlag for å argumentere for å videreføre tiltak.

*«Oversikten kan bidra til å opprettholde det bra arbeidet de gjør da, tenker jeg. At det kan være et argument, dersom det skal spares her og der.»* Folkehelsekoordinator, Liten kommune.

Rådgiveren i Liten kommune kjenner til helseoversikten, men bruker den ikke selv.

*«Jeg er orientert om hva som står der, men den er ikke et verktøy i min jobb. [...] Jeg sitter på et litt overordna nivå, så min bit er ikke folkehelse. Likevel er det viktig for meg å ta med meg det folkehelsekoordinator sier, det de har der nede i forhold til folkehelse, og så knytte det opp til disse dokumentene her, disse førende dokumentene.»* Rådgiver, Liten kommune.

Ordføreren kjenner igjen helseoversikten når jeg viser den til han. Han sier har lest den for «lenge siden», men gir ikke inntrykk av at den har vært et verktøy i arbeidet hans som ordfører.

Folkehelsekoordinatoren sier helseoversikten har blitt tilgjengeliggjort for alle i og utenfor organisasjonen ved publisering på kommunens nettsider. Den ble lagt ut på kommunens nyheter da den var ny, forteller hun. Folkehelsekoordinator har selv sendt den til rektorene på skolene og til lederne av barnehagene. Enhetslederne skal ha fått greie på den i enhetsmøtene, sier hun.

### 6.3.1.2 HELSEOVERSIKTEN – STOR KOMMUNE

Helseoversikten i stor kommune ble ferdigstilt i 2016 og er på 147 sider (Stor kommune 2016b).

Da stor kommune skulle lage helseoversikten var det kommuneoverlegen og lederen for miljørettet helsevern som samarbeidet om å koordinere og lage en strategi for innhenting av data. Kommuneoverlegen sier at de hadde et tett samarbeid, men at det ikke var sånn at de ble sittende i «et elfenbenstårn». De involverte flere ulike grupper og enkeltindivider. Det ble holdt møter «rundt omkring», og de hadde regelmessig kontakt med dem de mente kunne ha innspill. «Det var ganske bredt», påpeker han.

Selv om mange var involverte, og selv om han samarbeidet nært med lederen av miljørettet helsevern, så gjorde kommuneoverlegen veldig mye av jobben. Han forklarer det med at han liker sånt arbeid. Han forteller at han liker å se på folkehelse fra litt forskjellige perspektiver og er glad i tall. «Jeg synes det er morsomt å finne frem til forskjellige ting, og det er litt sånt detektivarbeid dette her», legger han til.

Selv om kommuneoverlegen gir uttrykk for at han trives med denne type arbeid, påpeker han at det har vært vanskelig å finne tid til det. Han forteller at det har blitt en del kveldsjobbing, til tross for at han også har brukt mye av arbeidstiden på det. Det blir ikke satt av ekstra ressurser til det, sier han.

*«Altså hvis vi hadde hatt en folkehelsekoordinator, så hadde det vært en hovedoppgave for folkehelsekoordinatoren, og da kunne vi sagt at det var ressurser satt av. Når vi da ikke hadde det, så var det vi andre som måtte gjøre det ved siden av alt det andre vi måtte gjøre.»* Kommuneoverlege, Stor kommune.

Når det kommer til innhenting av kunnskap og informasjon, trekker kommuneoverlegen først frem Folkehelsa statistikkbank.

*«Vi har brukt veldig mye fra folkehelsa, folkehelseinstituttets kommunedata. Der er det veldig mye.»* Kommuneoverlege, Stor kommune.

Kommuneoverlegen understreker at Folkehelsa statistikkbank er en viktig kilde, og forteller at de også brukte den før de startet å arbeide med oversikten. De har sammenlignet seg med andre kommuner, landsgjennomsnittet og telemarkgjennomsnittet, og sett på utviklingen. De har også brukt folkehelseprofilene fra statistikkbanken. Utenom tallene fra Folkehelsa statistikkbank, har de brukt data fra Statistisk sentralbyrå og funnet en del i forskningslitteratur. Han sier de har «snoka rundt, litt forskning, litt rapporter her og der».

Kommuneoverlegen forteller at de vurderte å bruke spørreundersøkelser på befolkningsnivå, og hadde veldig lyst til det, men gjorde det ikke fordi det koster mye penger. Han mener nasjonale myndigheter kunne gjort spørreundersøkelser på nasjonalt nivå og gitt kommunene data. Han begrunner det med at da hadde kvaliteten vært uavhengig av den enkelte kommune og kommunene hadde hatt et sammenligningsgrunnlag.

Av lokale kilder nevner kommuneoverlegen lokaldata på luftkvalitet, data fra Miljørettet helsevern, tall fra idrettsavdelingen i kommunen og tall fra Telemark politidistrikt.

Kommuneoverlegen sier de laget dokumentet med et mål om at «det skulle være relativt greit å finne ut av det». Ved å bruke både tekst og diagrammer, kan de som synes det er vanskelig å forstå diagrammene, få samme informasjon gjennom å lese tilhørende tekst, sier han. Denne teksten inneholder både en beskrivelse, analyse og noe drøfting av det som kommer frem. De har også valgt å plassere informasjonen i tekstbokser med tre ulike farger, slik at leseren enkelt skal kan se hvilken type informasjon boksene inneholder. I starten av oversikten har de inkludert en leseveiledning, hvor de blant annet har beskrevet hva vi kan forvente av innhold i de ulike tekstboksene (Stor kommune 2016b). Her kan vi lese at den ene typen tekstboks i utgangspunktet skulle inneholde sitater fra innbyggere, brukere og pasienter. Dette måtte de gå bort fra, fordi de manglet ressursene det ville krevd. Når jeg kikker nærmere på disse tekstboksene, ser jeg at de i stedet har fylt boksene med blant annet relevante sitater, ofte fra fagpersoner.

I oversikten er det trukket frem fem temaer som de vurderer som «særlig viktig å arbeide videre med for å sikre en positiv utvikling for befolkningen» (Stor kommune 2016b). Disse omhandler barn og unges psykiske helse, frivillighetspotensialet, sosial ulikhet i helse og hverdagsaktivitet for hele befolkningen.

Helseoversikten til Stor kommune omfavner alle de seks temaene som er listet i folkehelseforskriften (2012, § 3), og på samme måte som i oversikten til Liten kommune er det disse temaene som danner selve strukturen i dokumentet, ved at hvert tema representerer et eget kapittel.

Kommuneoverlegen forteller at de gjorde noen overveininger før de bestemte seg for omfanget på dokumentet. Det endte med at de lagde et omfattende dokument. Med et lite dokument kunne de ha formidlet essensen, men det hadde vært vanskeligere å bruke det som et oversiktsdokument, mener kommuneoverlegen, og peker på at dokumentet skal «brukes i virksomhetene og av politikerne, som et slags grunnlagsdokument».

*«Ulempen med at det er så stort er at ingen leser det, men vi har sagt at ingen skal lese dette hele. - Finn hva dere er interessert i på en måte, og så bruk det.»* Kommuneoverlege, Stor kommune.

Utvalgslederen kommenterte tilfeldigvis dette. Hun mener helseoversikten er et «godt stykke arbeid», og at det kan være et nyttig verktøy for henne når hun skal ta strategiske valg, men hun har ikke hatt tid til å lese det.

*«Det er et stort dokument. Og når det er sånn at du skal lese masse dokumenter på en gang, så er det noen ting du putter litt under, ja..».* Utvalgsleder stor kommune.

Kommuneoverlegen forteller at han bruker oversikten i sitt eget arbeid. Han legger til at de brukte den veldig mye i arbeidet med folkehelseplanen. Når det kommer til hvem andre som faktisk bruker den, er han litt usikker.

*«Vi tenker at det (oversiktsdokumentet) er viktig for politikerne, men det er også veldig viktig for organisasjonen, selvfølgelig. Også alle virksomhetene egentlig, - men om det blir brukt, det vet jeg ikke.»* Kommuneoverlegen. Stor kommune.

Avdelingslederen i Stor kommune forteller at han ikke bruker helseoversikten daglig, men at de av og til må trekke frem statistikk og tallgrunnlag når de skal argumentere, forklare retning og begrunne valg. Han mener alle som skal bidra inn i overordnet planarbeid, bør kjenne til dokumentet og bruke det. Når det kommer til innholdet, så mener han at det gir svar på det han lurte på.

Helseoversikten ligger tilgjengelig på nettsiden til Stor kommune, på en side som presenterer relevant informasjon om folkehelsearbeidet i kommunen.

### 6.3.1.3 HELSEOVERSIKTEN – FUNN OPPSUMMERT

- Prosessen i begge kommunene bærer preg av tverrsektorielt samarbeid og resultatet reflekterer prinsippet «helse i alt vi gjør». Folkehelsekoordinator trekker frem tverrfaglig samarbeid som et suksesskriterium.
- I begge kommunene er det en usikkerhet med tanke på hvem som bruker eller kommer til å bruke helseoversikten. I lys av kommentarer fra rådgiver og ordfører i Liten kommune, og avdelingsleder og utvalgsleder i Stor kommune, tolker jeg det som at deltakerne i Stor kommune i noe større grad vurderer helseoversikten som et strategisk verktøy.
- Begge kommunene har i mer eller mindre grad oppfylt kravet i folkehelseloven § 5, første ledd, som lister hva helseoversikten skal baseres på.
- Stor kommune sitt dokument favner noe bredere. Dette gjelder særlig med tanke på påvirkningsfaktorer i miljøet. Her har Stor kommune benyttet seg av et større kildegrunnlag og gitt et mer utfyllende bilde. Ved å studere kildene i det aktuelle kapittelet vurderer jeg det som at Liten kommune har noen færre muligheter til å samle relevante data. En av kildene som er mest brukt her, rapporten Fremtidens byer (Haagensen 2012), presenterer kun data for kommuner av en viss størrelse. Den er derfor ikke et alternativ for Liten kommune. Kildene med data på luftkvalitet og støy, er heller ikke tilgjengelig for Liten kommune.
- I begge helseoversiktene blir det i relativt stor grad referert til kunnskap som nasjonale myndigheter har gjort tilgjengelig. Kommunehelse statistikkbank, blir av både

folkehelsekoordinator i Liten kommune og kommuneoverlegen i Stor kommune trukket frem som en viktig kilde.

- Kommuneoverlegen i Stor kommune trekker frem at det er begrenset med ressurser og tid satt av til arbeidet. Oversiktsarbeidet er avhengig av at noen tar i litt ekstra. Jeg oppfatter kommuneoverlegen som en sterk pådriver for folkehelsearbeidet i kommunen fremover.
- Kommunene har løst oppgaven veldig forskjellig, og tilpasset oversikten etter behov innenfor de rammene lovverket gir.

### 6.3.2 KOMMUNAL PLANSTRATEGI

I sirkelen som viser det systematiske folkehelsearbeidet etterfølges helseoversikten av planstrategien (se Figur 3). Under beskriver jeg planstrategiene og utarbeidelsen av disse, først med utgangspunkt i Liten kommune og deretter stor kommune, før jeg avrunder med en oppsummering av funn.

#### 6.3.2.1 PLANSTRATEGIEN – LITEN KOMMUNE

Liten kommune sin planstrategi fra 2016 er på 15 sider, dersom vi ser bort fra vedleggene (Liten kommune 2016). Tar vi med vedleggene, er den på 72 sider. Ut fra perspektivet «helse i alt vi gjør», kan jeg knytte vedleggene til folkehelse, men det er ikke folkehelse som i utgangspunktet er temaet eller hensikten med disse vedleggene. Siden disse dessuten tar for seg et tema som i stor grad kjennetegner kommunen, vil jeg ikke gå nærmere inn på dem.

I liten kommune er det rådmannsteamet som har stått for planstrategien. Rådmannens ledergruppe, som består av rådmannen og kommunalsjefer, spilte inn, mens rådgiveren skrev og hadde prosjektansvaret. Administrasjonen med alle fagområder bidro med informasjon om hvilke utfordringer de hadde innenfor sine områder, og klargjorde hvilke behov de hadde med tanke på revidering av planer. På spørsmål om kommunestyret var med i utarbeidelsen av planstrategien, svarer rådgiveren:

*«Planstrategien blir lagt ut til alle utvalgene og så orienterer vi i utvalgene i forhold til det, men de er ikke involvert i utarbeidelsen av en planstrategi, - men administrasjonen spiller inn.»* Rådgiver, Stor kommune.

Videre forklarer hun at:

*«Planstrategien er i langt større grad enn samfunnsplanen en administrativ rapport til politikerne på situasjonen vi har, mens en samfunnsplan har mye mer med politiske signaler om hvor vi skal være, og hvor vi skal gå over lengre tid.»* Rådgiver, Liten kommune.

Under intervjuet med ordføreren bekrefter han at planstrategien er utarbeidet av administrasjonen, og jeg får inntrykk av at planstrategien ikke er noe han har forholdt seg veldig mye til. Samfunnsplanen derimot, den har han god kjennskap til.

Rådgiveren forteller at i planstrategien samles trender innenfor samfunnsutviklingen i kommunen og det gis et bilde av nå-situasjonen. Det legges opp til et planprogram, og utover det så er det rådmannen som legger frem sine tanker for politikerne. De har valgt å legge stor tyngde inn i den, forteller hun.

På spørsmål om helseoversikten ble brukt i arbeidet med planstrategien, svarer rådgiveren at det var kommuneoverlegen og folkehelsekoordinatoren som spilte inn folkehelseperspektivet i



planstrategien. Når jeg spør folkehelsekoordinatoren om hun har bidratt i arbeidet med planstrategien, svarer hun nei, men at hun har bidratt i arbeidet med samfunnsdelen. At de svarer noe ulikt på hvorvidt folkehelsekoordinatoren har bidratt i planstrategien, vil jeg tro kan forklares med hvordan arbeidet var lagt opp. Planstrategien til Liten kommune har ifølge rådgiver blitt «sett i sammenheng med samfunnsdelen», slik plan- og bygningsloven åpner for (Plan- og bygningsloven 2008, § 10-1), og derfor kan arbeidet ha overlappet noe.

I analysen av planstrategien ser jeg at helseoversikten ikke er lagt ved og det heller ikke blir henvist til den.

Planstrategien er strukturert i kapitler som tar for seg temaene 1) formål og rammer 2) status og føringer 3) utviklingstrekk innenfor kommunen sine tjenesteområder 4) sentrale områder som skal implementeres i kommuneorganisasjonen 5) drøfting av planbehov og 6) aktuelle oppgaver i de neste tre årene. I kapitlet som tar for seg sentrale områder som skal implementeres i kommuneorganisasjonen, er folkehelse fremhevet som ett av fire områder og omtalt i et eget avsnitt. Her beskrives *økt satsning på folkehelsearbeid* som en viktig del av samhandlingsreformen. Perspektivet om at «de viktigste faktorene som påvirker befolkningens helse ligger utenfor helsesektoren» blir pekt på som sentralt i reformen, og at det derfor er nødvendig med et systematisk, kunnskapsbasert folkehelsearbeid innenfor mange sektorer. Som en oppfølging av denne ambisjonen, trekkes det frem fire måter som dette skal følges opp på. Disse er henholdsvis løpende oversikt over folkehelseutfordringer i kommunen, implementering av folkehelsearbeidet i organisasjon og befolkningen, inkludering av folkehelse i alle kommunens planer og oppretting av et folkehelseråd. Disse punktene er også nevnt i folkehelseplanen under avsnittet «Tiltak» (Liten kommune 2015a). Videre i planstrategien står det at Liten kommune skal samordne og iverksette tiltak for å møte folkehelseutfordringene i kommunen. Det er ikke trukket frem hva som er de største utfordringene i Liten kommune, men det vises til at Helsedirektoratet har utpekt sosial ulikhet i helse som en av de største folkehelseutfordringene. Selv om planstrategien ikke viser til noen kilde som kan bekrefte at dette faktisk er et problem i Liten kommune, så kan vi finne en bekreftelse på det i Liten kommune sin folkehelseplan (Liten kommune 2015a).

I den *forrige* planstrategien ble det vedtatt revisjon av samfunnsplanen. Kommunen startet revideringen i 2015. I den nye planstrategien, som jeg tar for meg her, står det at i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel har det blitt vedtatt fem hovedtemaer for det videre arbeidet med samfunnsdelen. Folkehelse er et av disse.

I det siste kapitlet, som er en oversikt over aktuelle planoppgaver i perioden 2016-2019, er folkehelseplanen listet som en av de «større planoppgavene» og plassert under tjenesteområdet Levekår.

#### 6.3.2.2 PLANSTRATEGIEN – STOR KOMMUNE

Planstrategien til stor kommune ble vedtatt i juni 2016 og er på 24 sider (Stor kommune 2016c). Avdelingslederen for plan og miljø ledet arbeidet med planstrategien. For han var det viktig med en liten effektiv arbeidsgruppe, bredt sammensatt, med representanter fra rådmannens ledergruppe eller rett under. Det ga kort vei opp og ned til de ulike virksomhetene i organisasjonen, og gjorde det enklere å ta avgjørelser. Han synes samarbeidet fungerte veldig bra. Det gikk greit å fordele oppgaver, samt å få respons innen frister.

Avdelingslederen hadde oppgaven med å sørge for at folkehelse ble involvert. Han hadde kontakt med kommuneoverlegen, og «spilte ball» med han. Kommuneoverlegen mener folkehelseperspektivet er godt ivaretatt i planstrategien, men uttrykker at han gjerne skulle

deltatt enda mer i prosessen. «Det er noe med å delta i prosessen», sier han. Han savner mer samarbeid med planavdelingen, men påpeker at avdelingslederen der «har folkehelseetenkningen inne», og at det er det viktigste.

Avdelingslederen påpeker at folkehelse også ble ivaretatt ved at kommunalsjef for helse- og omsorg deltok i arbeidsgruppa:

*«Selv om folkehelse er mer enn bare helse, så tok kommunalsjefen også med seg det perspektivet inn».* Avdelingsleder, Stor kommune.

Avdelingslederen forteller at den politiske ledelsen ble involvert i planstrategien ved at det ble holdt et orienteringsmøte med formannskapet før den kom til behandling og ble lagt ut på høring. På møtet kunne de komme med innspill til rådmannen, men på dette stadiet var rådmannen omtrent ferdig med planstrategien.

Avdelingslederen mener at folkehelseperspektivet er tydelig i planstrategien. Han forteller at de har trukket frem fem utfordringer for kommunen, og at folkehelse og livskvalitet representerer én av disse utfordringene. Hver av utfordringene har blitt ytterligere beskrevet i hvert sitt kapittel. I kapittelet som omhandler folkehelse og livskvalitet har de blant annet trukket frem de fem prioriterte folkehelseemaene fra helseoversikten. Avdelingslederen forteller at de har hentet mye fra helseoversikten, «- fordi den skal jo legges til grunn for arbeidet med den kommunale planstrategien».

I vurderingen av hvilke av de gjeldende planene som har relevans til folkehelse og levekår, er det listet ni kommunedelplaner, tema- og sektorplaner (Stor kommune 2016c, s. 16-17). Det er også pekt på et behov for tre nye, hvorav folkehelseplanen er en av dem.

#### 6.3.2.3 PLANSTRATEGIEN – FUNN OPPSUMMERT

- Planstrategien blir av begge kommunene utarbeidet av administrasjonen og fremkommer mer som et verktøy for rådmannen enn for politisk ledelse.
- Begge kommunene har et folkehelsefokus i planstrategien, og har viet egne avsnitt til temaet.
- Stor kommune har brukt helseoversikten som grunnlag for planstrategien. Dette blir bekreftet i intervjuet med avdelingsleder *og* i planstrategien i form av innholdet.
- Liten kommune har ikke brukt helseoversikten som grunnlag. Dette bekreftes i intervjuet med rådgiver *og* i planstrategien i form av innholdet.
- De ansvarlige for utarbeidningen av planstrategien, i begge kommunene, har spilt på folkehelsekompetansen til personer med særlig ansvar for folkehelse, henholdsvis folkehelsekoordinator og kommuneoverlegen.

#### 6.3.3 FOLKEHELSEPLANEN

Begge kommunene har valgt å lage en folkehelseplan. Jeg vil her presentere folkehelseplanene og prosessene med å utvikle dem. Også her har jeg vurdert det som hensiktsmessig å presentere dem hver for seg, med en oppsummering av funn til slutt.

### 6.3.3.1 FOLKEHELSEPLANEN – LITEN KOMMUNE

Folkehelseplanen til Liten kommune ble vedtatt i 2015 og er på 11 sider (Liten kommune 2015a). Planen ble utarbeidet av den samme tverrsektorielle arbeidsgruppen som jobbet med helseoversikten.

I innledningen til planen får vi informasjon om hva folkehelse er, og hva folkehelsearbeid dreier seg om. Dahlgren og Whitehead sin regnbuemodell (Figur 1) har blitt brukt til å til å illustrere at «helsetilstand er et resultat av sammensatte årsaker, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer» (Liten kommune 2015a). Videre beskrives kommunesamfunnet i korte trekk. Det vises til flere helsefremmende påvirkningsfaktorer. Disse er blant annet relatert til natur, kultur, idrett og friluftsliv, kommunale tjenester og frivilligheten.

Under et avsnitt som beskriver formålet med planen, som for øvrig er å bedre folkehelsen i Liten kommune, er det påpekt at folkehelsearbeid er et stort felles ansvar og derfor et stort «sektorovergripende fagfelt» (Liten kommune 2015a, s. 4). I samme avsnitt får vi også avklart at folkehelseplanen er en *overordnet strategisk plan*, som skal bidra til samordning av folkehelsearbeidet i og mellom enhetene. Videre er det påpekt at «hver enkelt enhet skal implementere folkehelse tiltak i handlingsplanene sine» (ibid.).

Neste kapittel tar for seg de største utfordringene i Liten kommune. Som jeg tidligere har nevnt, valgte arbeidsgruppa å gjøre rede for dette i folkehelseplanen, fremfor i helseoversikten. I folkehelseplanen kan vi derfor lese at en analyse av oversiktsdokumentet, har vist at i Liten kommune er det en risiko for sosiale helseforskjeller som følge av lavt utdanningsnivå, frafall fra videregående skole og en høy andel uføretrygdede. I denne sammenhengen pekes det på at folkehelsearbeidet henger nøye sammen med næringsarbeid, å opprettholde og skape arbeidsplasser samt å opprettholde folketallet i kommunen.

Kapitlene som følger tar for seg folkehelseutfordringer i Telemark og nasjonalt, satsingsområder, hovedsatsingsområder og tiltak. Det kommer frem at hovedsatsningsområdet er valgt ut i samråd med formannskapet og handler om å sikre barn og unge god folkehelse. I tilknytning til hovedsatsningsområdet er det listet påvirkningsfaktorer og konkrete tiltak.

Folkehelsekoordinatoren sier at det ble diskutert om det var lurt å ha en egen folkehelseplan, fordi den kan bli glømt, og at de kanskje heller skulle tenke at folkehelse skal ut i alle planer. De valgte likevel å lage planen for å «sette det på dagsorden».

I folkehelseplanen er det understreket at «Det skal drives et systematisk og kunnskapsbasert tverrfaglig folkehelsearbeid». I tillegg til å ha løpende oversikt over folkehelseutfordringer, listes det opp at det skal opprettes et folkehelseråd, at folkehelse skal implementeres i organisasjonen og i befolkningen og at folkehelse skal inkluderes i alle planer.

Folkehelsekoordinatoren i Liten kommune forteller at det ble lagt opp til medvirkning, men hun mener det kanskje kunne vært gjort bedre, særlig i forhold til ungdom. Ungdomsrådet møtte ikke opp til høringsmøtet, og selv om ungdomsarbeideren skulle prate om det, kom det lite innspill derfra. Hun forteller videre at rådet for funksjonshemmede, eldrerådet og idrettsrådet var med, og så var det høringsrunder. Engasjementet var ikke så veldig stort, så hun tenker at de kanskje kan gjøre det annerledes neste gang. Hun trekker frem at det sikkert går an å bruke sosiale medier, og nevner at noen også bruker «kafemetoden». De som jobber med planer har ikke troen på allmøter, har hun inntrykk av.

I liten kommune fikk folkehelsekoordinatoren inntrykk av at politikerne var fornøyde med at det ble laget en folkehelseplan, men det ble også litt diskusjon rundt den. Mange mente at det egentlig ikke er så ille i kommunen i forhold til sosial ulikhet i helse, til tross for at kommunen kommer

noe dårlig ut på noe av statistikken. De trakk blant annet frem at det er relativt billig å bo i kommunen, forteller folkehelsekoordinatoren.

### 6.3.3.2 FOLKEHELSEPLANEN – STOR KOMMUNE

Folkehelseplanen til Stor kommune ble vedtatt i 2016 og er på 27 sider (Stor kommune 2016a). Den er svaret på et vedtak om at oversiktsdokumentet skulle følges opp av en handlingsplan for folkehelse.

Kommuneoverlegen var også involvert da Stor kommune skulle utarbeide en folkehelseplan. Da valgte de å ha en liten arbeidsgruppe fordi det ville være mer effektivt. Utenom kommuneoverlegen, som ledet arbeidet, besto gruppa av en representant fra kommunalsjefområdet Oppvekst, en fra Kultur og en rådgiver fra rådmannsnivå. De ønsket også å ha med en fra planavdelingen, men det var det ikke anledning til.

«... Der måtte det prioriteres. Det var ikke anledning til å sitte i arbeidsgruppa, men vi spilte inn forslag til tiltak i siste runde.» Avdelingsleder, Stor kommune.

Gruppa hadde møter med ledergrupper i alle kommunalsjefområdene og på en del virksomheter som de vurderte som viktige. I tillegg sendte de ut en spørreundersøkelse på e-post til alle virksomhetene i kommunen. Denne tok for seg iverksatte tiltak med betydning for folkehelsen og planlagte tiltak og ideer som burde vurderes.

De inviterte befolkningen med i prosessen gjennom kommunenes hjemmesider, Facebook-sider og i oppslag i aviser. Her etterspurte de forslag til tiltak som kan fremme god helse, trivsel og livsglede for befolkningen. Sammen med innspillene som kom gjennom spørreundersøkelsen innad i organisasjonen, endte de opp med cirka 400 innspill, forteller kommuneoverlegen i Stor kommune. Han forteller at det var en omfattende prosess å gå gjennom alt, men legger til at han synes sånt er morsomt.

Folkehelseplanen i Stor kommune er en handlingsplan. Den er på samme måte som helseoversikten inndelt i de seks temaene listet i forskriften om oversikt over folkehelsen (2012, § 3). De fem fokusområdene, som i helseoversikten er fremholdt som spesielt viktige, er godt synlige i folkehelseplanen. Både delmålene, tiltakene og ansvarsfordeling gir meg et inntrykk av at det forventes at de fleste sektorer, inkludert frivilligheten, skal bidra i folkehelsearbeidet. Det brede folkehelseperspektivet bekreftes for øvrig også ved at Dahlgren og Whitehead sin regnbuefigur (Figur 1) er brukt i innledningen til folkehelseplanen, slik som i planen til Liten kommune.

Utvalgslederen, Stor kommune, ønsker at politikerne skal få mulighet til å bidra mer i utarbeidningen i planene, og trekker særlig frem folkehelseplanen. Hun fremhever at det er en veldig bra plan, men påpeker at de folkevalgte er tettere på arbeidslivet utenfor organisasjonen, og derfor kan ta med noe *ekstra* inn. Kommuneoverlegen i Stor kommune er enig i at det kunne vært en fordel å involvere politikerne mer i selve prosessen, og mener det er en svakhet at de ikke blir involvert før mot slutten.

Kommuneoverlegen mener de har fått til mye i folkehelseplanen. Han forteller at politikerne kun ønsket noen «bittesmå» endringer. Et av vedtakene som kom med folkehelseplanen har de jobba lenge med, sier kommuneoverlegen. Det gjelder et tiltak om at alle barn i barnehager og skoler skal være fysisk aktive i minst 60 minutter daglig.

### 6.3.3.3 FOLKEHELSEPLANEN – FUNN OPPSUMMERT

- Begge kommunene har lagt vekt på tverrfaglig involvering i arbeidet med folkehelseplanene.
- Fokuset i begge kommunene har vedtatt tiltak i sine folkehelseplaner som gjenspeiler prinsippet «*helse i alt vi gjør*».
- Folkehelseplanene har en tydelig forankring i helseoversiktene.
- Ut fra vedtakene av folkehelseplanene, som har mange konkrete folkehelse tiltak, vurderer jeg det som at det er velvilje i forhold til folkehelsesatsing hos politikerne i begge kommunene.

### 6.3.4 FORANKRING OG DRIVKRAFT

I forrige avsnitt tok jeg for meg forankring av folkehelse i plan. Begge kommunene har valgt å utarbeide egne folkehelseplaner. Disse bærer preg av at kommunene har som mål å forankre folkehelse tverrsektorielt. I de neste avsnittene vil jeg presentere funn som gir en ytterligere beskrivelse av hvordan og i hvilken grad folkehelse er forankret i organisasjonen.

#### 6.3.4.1 POLITISK FORANKRING AV FOLKEHELSEPERSPEKTIVET I LITEN KOMMUNE

I Liten kommune sin planstrategi er, som nevnt, folkehelse løftet som et fokusområde som skal implementeres i organisasjonen. Denne er vedtatt av politikerne, dog utarbeidet av administrasjonen. Også i samfunnsplanen, som ble vedtatt av politikerne i 2017, er folkehelse trukket frem som et fokusområde (Liten kommune 2017), og i 2015 vedtok politikerne folkehelseplanen, som lister tiltak som skal implementeres i organisasjonen.

Forankringen i planverket gir inntrykk av at folkehelse har en politisk forankring i Liten kommune. Når det kommer til «skriftlige planer» mener imidlertid ordføreren i Liten kommune at administrasjonen fokuserer mer på disse enn hva politikerne gjør. Han forteller at de stadig blir påminnet og konfrontert med vedtak de tidligere har gjort, noe han for øvrig synes er fornuftig.

Ordføreren i Liten kommune forteller at han opplever at folkehelse er et tema i de fleste diskusjoner, enten det er snakk om støtte til en næring eller integrering. Han sier videre at når det skal spares inn penger, så blir det en diskusjon om hvordan det vil påvirke trivsel og oppvekstvilkår.

*«Jeg vet ikke om alle politikerne, 25 stykk, er like bevisst folkehelsebegrepet [...], men at vi har bevissthet rundt dette med hva beslutninger gjør med menneskene vi fatter beslutninger for, altså det mener jeg å påstå.»* Ordfører, Liten kommune.

Når det kommer til folkehelseloven, så uttrykker ordføreren at han ikke er særlig kjent med den.

Folkehelsekoordinatoren i Liten kommune mener politikerne i kommunen er «velmenende» og trekker frem et eksempel om at politikerne har innført gratis skolefrukt. «- Det er politisk.», sier hun, og gir inntrykk av at politikerne har vedtatt dette på eget initiativ. I denne sammenheng nevner hun for øvrig også at «de har en vei å gå i forhold til informasjonsflyt», og viser til at hun fikk vite om ordningen tilfeldig gjennom andre kanaler.

Rådgiveren i liten kommune mener media påvirker politikerne, og sier:

*«Folkehelse kommer ofte til uttrykk hvis det er sårbare grupper som får en eller annen type historie i et eller annen type media, [...] Hvis du har en historie som fenger og løftes opp, så får den oppmerksomhet, og så kommer tiltak.»* Rådgiver, Liten kommune

#### 6.3.4.2 POLITISK FORANKRING AV FOLKEHELSEPERSPEKTIVET I STOR KOMMUNE

I Stor kommune har folkehelseperspektivet blitt ivaretatt i både i planstrategien, som ble vedtatt i 2016 (Stor kommune 2016c), og i kommuneplanens samfunnsdel, som ble vedtatt i 2013 (Stor kommune 2013). Politikerne i Stor kommune har også vedtatt en folkehelseplan med mange konkrete folkehelseiltak. I tillegg er det i planstrategien listet andre vedtatte planer som har blitt vurdert som relevante i forhold til folkehelse. At politikerne har vedtatt planstrategien og planene gir også i Stor kommune et inntrykk av at folkehelse har en politisk forankring.

Utvalgslederen i Stor kommune forteller at folkehelseplanen ble vedtatt uken før intervjuet. Det kommer frem av intervjuet at hun er godt kjent med den. Selv om utvalgslederen kjenner til akkurat folkehelseplanen gir hun også inntrykk av at det er vanskelig å ha oversikt over alle planene kommunen har.

*«Det er sånn at jeg kjenner på at jeg er usikker på om jeg har oversikt over alle de planene som kommunen faktisk har. [...] Det er veldig mange planer. Men det er nesten som et lovverk. Du må få tid til å bli kjent med det rett og slett»* Utvalgsleder, Stor kommune.

På et spørsmål om hun opplever at folkehelse er et tema som opptar henne og kommunestyret, svarer hun:

*«Jeg synes ikke det har vært et stort tema nå. Det har vært noe nå når vi skulle godkjenne den folkehelseplanen, men var det fire-fem innlegg som kom fram om at folk synes den var veldig, veldig bra - og det er den!»* Utvalgsleder, Stor kommune.

Jeg får videre inntrykk av at hun mener det er rom for mer fokus på folkehelse blant politikerne.

*«Når det er en diskusjon om piggedekavgift for eksempel, så blir det mer fokus på avgiften enn betydningen for folkehelsen. Det handler jo om politisk tilhørighet, men jeg synes vi bør kunne klare å tenke på begge deler.»* Utvalgsleder, Stor kommune.

Jeg stilte det samme spørsmålet til avdelingslederen, om hvorvidt han opplever at politisk ledelse er opptatt av folkehelse. Som svar, trekker han frem at det var ingen motforestillinger mot det rådmannen foreslo i planstrategien som fokusområder for folkehelse, og at det skisserte planbehovet ble vedtatt. Han viser også til flere eksempler på saker i lokalmiljøet som politikerne er opptatt av, og som i stor grad har relevans for folkehelse. Videre sier han at:

*«Om de ikke kaller det folkehelse, så ser de i hvert fall problemstillinger eller tema som de ønsker å løfte til det beste for fellesskapet.»* Avdelingsleder, Stor kommune.

Kommuneoverlegen i Stor kommune mener politikere generelt sett først og fremst konsentrerer seg om det som går på «reparasjon». Han sier:

*«Altså de er jo folks ombudsmenn på en måte, og da blir det veldig fort fokus på de som ikke får de tjenestene de mener de har krav på. Så de tar opp ting som går på reparasjon. Det er veldig sjelden at de tar opp ting som går på at det er for dårlig fokus på helsefremming og forebygging.»*

Kommuneoverlege, Stor kommune.

#### 6.3.4.3 POLITISK FORANKRING AV FOLKEHELSE – FUNN OPPSUMMERT

- Jeg vurderer det som at ut fra de dataene jeg har fremskaffet, så er det vanskelig å trekke slutninger om hvorvidt folkehelseperspektivet *i sin helhet* er forankret hos politikerne i de to kommunene.

- Det er en bevissthet rundt aspekter som kan knyttes til folkehelse, men kanskje ikke en stor bevissthet rundt begrepet.
- Politikerne viser velvilje ved at de vedtar planer som rommer folkehelsesatsning.

#### 6.3.4.4 ADMINISTRATIV OG ORGANISATORISK FORANKRING AV FOLKEHELSE I LITEN KOMMUNE

Som nevnt i presentasjonen av kommunene har Liten kommune ansatt folkehelsekoordinatoren i en mindre stilling kombinert med stilling som kommunal fysioterapeut. Kontoret hennes er i et bygg som ligger i gåavstand fra bygget hvor den administrative ledelsen og ordføreren har kontor. Kommunen har, som nevnt i tidligere avsnitt, lagt til rette for tverrfaglig samarbeid i arbeidet med helseoversikten og folkehelseplanen.

Når jeg spør rådgiveren, som jobber tett opp til rådmannsteamet, om hvorvidt folkehelse er et tema som opptar henne og kollegene hennes i det daglige arbeidet, svarer hun:

«Folkehelse er jo et stort begrep, men sånn helt generelt, så tror jeg ikke det opptar meg mye. Og jeg tror ikke det opptar her heller (referer til rådmannsteamet), men hvis du begynner å bryte det ned, så opptar det. Da er det en stor bit. Fordi folkehelse er veldig mye. Det er alle de små tingene også.» Rådgiver, Liten kommune.

Folkehelsekoordinator i Liten kommune, synes den administrative ledelsen har vist at de har blitt mer opptatt av folkehelse, men har også kjent på at det kan gå litt trått.

«Jeg tror de har blitt mer opptatt av folkehelse. Men det tok jo et år å få laget den arbeidsgruppa, så engasjementet kunne vært større». Folkehelsekoordinator, Liten kommune.

Arbeidsgruppa folkehelsekoordinatoren viser til er et tverrsektorielt folkehelseråd, som skal ha en annen funksjon enn hva arbeidsgruppa som jobbet med helseoversikten og folkehelseplanen hadde. Folkehelserådet skal jobbe med å implementere det systematiske, tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen, blant annet ved å ha ansvar for det løpende oversiktsarbeidet. Vedtaket om opprettingen av et slikt folkehelseråd kom gjennom vedtaket av folkehelseplanen. Jeg får inntrykk av at folkehelsekoordinatoren har kjent noe frustrasjon over at det har tatt lang tid å få opprettet denne, men jeg oppfatter det også som at hun har forståelse for at ting kan ta tid.

«Jeg tror de har hatt litt mye annet å tenke på. Rett og slett. Jeg vet ikke hva som har blitt prioritert men ...» Folkehelsekoordinator, Liten kommune.

Selv om folkehelse tilsynelatende ikke alltid blir prioritert av rådmannsteamet, så forstår jeg det som at rådmannen også har vist at han ønsker en utvikling hvor folkehelse blir forankret bredt i organisasjonen. På et spørsmål om hvordan folkehelsekoordinatoren mener de skal få til forankring av folkehelse i alle planene, svarer hun:

«Ja, det diskuterte vi litt med rådmannen. [...] Et forslag er da at lederne har det inni lederavtalene sine, fra rådmannsnivå. [...] Det var i hvert fall et forslag fra rådmannen» Folkehelsekoordinator, Liten kommune.

Folkehelsekoordinatoren sier at rådmannen og styringsgruppa hans, i større grad enn politisk ledelse, tar kontakt hvis de lurer på noe. Likevel hadde hun ønsket de involverte henne mer.

«Jeg tror jeg kunne blitt tatt med mer på råd om folkehelsesaker enn det jeg blir. Jeg kunne blitt involvert mer. - For å gjøre en best mulig jobb, så tror jeg at jeg skulle det, men nå er det nå slik det er. Jeg har sagt at det kanskje ikke er helt ideelt, og kanskje noen andre skulle ha den jobben og litt slik da, bare for å hinte litt.» Folkehelsekoordinator, Liten kommune.

Folkehelsekoordinatoren utdyper hva hun mener her ved å trekke frem at det i folkehelsekoordinator-rollen er en fordel å være organisert tettere opp mot ledelsen.

Når jeg spør ordføreren i Liten kommune om hvorvidt han opplever at rådmannen har fokus på folkehelse, svarer han at mener rådmannen har et «brukbart fokus». Han påpeker videre at rådmannen blant annet har veldig god greie på økonomi, så ofte er det der hovedfokuset ligger.

I de tidligere avsnittene som tar for seg prosessene tilknyttet det systematiske folkehelsearbeidet, kommer det frem at Liten kommune har hatt en tverrsektoriell involvering i arbeidet. Videre har også Liten kommune vedtatt en plan som påpeker at folkehelse er et tverrsektorielt fagfelt. Folkehelsekoordinator synes det er veldig viktig å jobbe sammen med noen. «det kan ikke være min idé», sier hun, og utdyper at det er viktig at de ulike enhetene drifter sine folkehelse tiltak og tar eierskap i folkehelse selv. Hun synes kommunen kan bli enda bedre på tverrfaglig samarbeid, og å samordne folkehelsearbeidet litt.

*«Det skulle kanskje være lettere når det ikke er så stort (kommunen), men jeg synes av og til at folk sitter på hver sin tue, liksom».* Folkehelsekoordinator, Liten kommune

#### 6.3.4.5 ADMINISTRATIV OG ORGANISATORISK FORANKRING AV FOLKEHELSE I STOR KOMMUNE

Som nevnt har Stor kommune hatt en folkehelsekoordinator tidligere, men ikke det siste året. Det er hovedsakelig kommuneoverlegen som har tatt over ansvaret som tidligere lå hos folkehelsekoordinatoren. Det finnes ingen fast tverrsektoriell arena for drøfting av folkehelse, slik som Liten kommune ifølge folkehelseplanen skal opprette. Som vist i tidligere avsnitt har Stor kommune jobbet tverrsektorielt med det systematiske folkehelsearbeidet og forankret tverrsektorielle tiltak i folkehelseplanen. Kommuneoverlegen har, som nevnt under avsnittet om planstrategien, et ønske om større samarbeid med planavdelingen. De har for øvrig kontor i samme bygg.

Utvalgsleder i stor kommune påpeker at det er viktig med et tverrfaglig samarbeid i folkehelsearbeidet, og at det er viktig å starte tidlig, involvere helsestasjon, barnehage og skole. Videre uttrykker utvalgslederen at hun oppfatter det som at administrasjonen er opptatt av folkehelse. Hun viser til kontakten hun har med kommunalsjefen for helse og omsorg og kommunelegen, hvor hun opplever at de begge har god oversikt over det de driver med.

På samme spørsmål, angående forankring hos administrativ ledelse, svarer kommuneoverlegen:

*«Nei jeg synes at det er relativt stor velvilje altså, det er en forståelse for at det egentlig er viktig, - men når det kommer til et stykke, til pengene, så er det ikke så lett. [...] Jeg mener at de burde gjort noen grunnleggende grep, med mer fokus på helsefremming. Der er vi ikke. Vi er ikke i mål på det altså, men vi må være tålmodige, og vi må ikke bli sure. Det er viktig.»* Kommuneoverlege, Stor kommune.

Jeg spør også avdelingslederen om det samme, og han svarer:

*«Jeg tror det handler litt om definisjonen av begrepet. Der tror jeg det ligger mye. - Dette med å ha eierskap til begrepet og se folkehelse som en del av den daglige driften. Der er det sikkert et forbedringspotensial. Det er sikkert mye folkehelse i det vi allerede gjør, men om begrepet «folkehelse» ligger høyt oppe i pannebrasken hos alle, det er jeg ikke sikker på».* Avdelingsleder, Stor kommune.



#### 6.3.4.6 ADMINISTRATIV OG ORGANISATORISK FORANKRING – FUNN OPPSUMMERT

- Begge kommunene har lagt til rette for tverrsektoriell involvering i arbeidet med helseoversikten og folkehelseplanen. Ingen av kommunene har på tidspunktet for intervjuet en fast tverrfaglig arbeidsgruppe, som kontinuerlig samarbeider om folkehelsearbeidet. Liten kommune har, ifølge folkehelseplanen en ambisjon om å opprette et tverrsektorielt folkehelseråd som sammen skal jobbe for å implementere det systematiske folkehelsearbeidet.
- Liten kommune har folkehelsekoordinator i en mindre stilling. Stor kommune har ikke folkehelsekoordinator. På tidspunktet for intervjuet hadde kommuneoverlegen mye av ansvaret. Jeg opplever begge som viktige og sentrale pådrivere for folkehelsearbeidet i sine kommuner.
- Kommuneoverlegen i Stor kommune ønsker et tettere samarbeid med planavdelingen. Folkehelsekoordinatoren i Liten kommune ønsker å bli mer involvert av ledelsen ved å bli tatt mer med på råd om folkehelsesaker.
- Ut fra rådgiverens svar om det store folkehelsebegrepet og avdelingslederens svar om at det er mye folkehelse i mye av det som blir gjort, oppfatter jeg det som at mange sannsynligvis er opptatt av folkehelse uten å bruke eller ha et forhold til selve begrepet. Dette kom også frem under avsnittet om politisk forankring.
- Jeg forstår det som at folkehelsekoordinatoren i Liten kommune og kommuneoverlegen i stor kommune mener det er et potensial og rom for et større engasjement for folkehelse hos den administrative ledelsen.

#### 6.3.5 DRIVKRAFT OG KAPASITET

Jeg vil her ta for meg noe av det som kan være drivkraften og barrierene i det kommunale folkehelsearbeidet. Først ser jeg på nasjonale føringer som drivkraft. Her presenterer jeg funnene fra begge kommunene samlet. Videre presenterer jeg funn relatert til ressurser, som tid, økonomi og kompetanse, sortert i ett avsnitt for liten kommune og ett for stor kommune. Som jeg har gjort tidligere, oppsummerer jeg funnen til slutt..

##### 6.3.5.1 NASJONALE FØRINGER SOM DRIVKRAFT I BEGGE KOMMUNENE

Flere av deltakerne, på tvers av case, bringer opp betydningen av lovverket og nasjonale føringer for motivasjonen til å prioritere folkehelse og å implementere det systematiske folkehelsearbeidet.

På spørsmål om det har vært noen endring i fokus på folkehelse etter at folkehelseloven trådte i kraft, svarer avdelingslederen, Stor kommune, at folkehelsekoordinator og kommuneoverlegen har vært veldig på planavdelingen, og at folkehelsekoordinator spilte inn forankringen i lovverket da de jobbet med samfunnsplanen. Folkehelsekoordinator, Liten kommune, sier at det har vært mye bra tidligere også, men etter at folkehelseloven kom, så har folkehelsearbeidet blitt mer formalisert. Hun viser til at det nå er forankret i planene og at det er en forventning om at man skal drive på med det.

Kommuneoverlegen i Stor kommune bringer opp langtidsperspektivet i folkehelsearbeidet og hvorfor det er bra at det har kommet en folkehelselov.

*«Jeg mener at de burde hatt et annet perspektiv, mye lenger perspektiv enn fire år. Altså valgperioden er uheldig. Det er bra at det skiftes ut av og til, så jeg sier ikke at det er feil, men altså*

*det blir fort at det er et fireårsperspektiv. Det er jo derfor det nye lovverket er veldig bra da, for da blir det fokusert på og sagt at nå må vi, ikke sant?»* Kommuneoverlege, Stor kommune

Ordfører i Liten kommune kommer også inn på dette med at kommunen må følge nasjonale føringer:

*«Vi kan jo liksom ikke melde oss ut fra Norge og bli en sånn liten Liechtenstein imellom andre land på en måte, vi må jo forholde oss til nasjonale føringer. Samhandlingsreformen kom jo den. Vi likte den ikke, men den kom jo».* Ordfører, Stor kommune.

Rådgiveren i Liten kommune trekker frem et aspekt til.

*«Prioriteringene i alle fag har to ting. Den ene er hva som er lovbestemt eller ligger i en forskrift at vi skal gjøre. Den andre er om det kommer frem tall eller statistikker som har en større relevans for vår kommune. Altså, er vi overrepresentert innenfor noen områder?».* Rådgiver, Liten kommune.

#### 6.3.5.2 ØKONOMI, TID OG KOMPETANSE I LITEN KOMMUNE

På spørsmål om hva som skal til for at kommunen skal klare omstillingen som ligger i samhandlingsreformen, med tanke på økt fokus på forebygging og helsefremming, svarer rådgiveren:

*«Det er en lovbit som ligger på det og så er det et straffegebyr som ligger på det. Økonomien i kommunen er svak. Vi har store utfordringer, så vi vurderer hva vi kan innenfor de rammene vi har og etter det ser vi hvor det koster oss minst å bryte loven.»* Rådgiver, Stor kommune.

Ordføreren i Liten kommune trekker frem at samhandlingsreformen gjorde at mye av ansvaret ble lagt til kommunene uten at det nødvendigvis fulgte med tilsvarende med penger. Han uttrykker at fokuset på forebygging blir nedprioritert når noen som allerede har blitt syke trenger behandling.

*«Problemet er ofte i helse- og omsorgstjenester at det brenner litt hver eneste dag et eller annet sted. Og da er det klart at den forebyggende biten blir nedprioritert. Jeg er redd for det.»* Ordfører, Stor kommune.

Folkehelsekoordinatoren i liten kommune mener at Store kommuner kanskje har bedre muligheter til å sette folkehelse på agendaen.

*«Man må jo ha flere hatter, jobbe med flere ting. En større kommune har kanskje mulighet for en større folkehelsekoordinatorstilling.»*

Folkehelsekoordinatoren har gjennom grunnutdanningen sin som fysioterapeut fått noe kompetanse om folkehelsearbeid. Etter at hun fikk stillingen som folkehelsekoordinator har hun også deltatt på noen konferanser i tillegg til nettverkssamlinger og seminarer i regi av fylkeskommunen. Hun påpeker at støtten hun har fått gjennom seminarene, og særlig nettverkssamlingene har vært nyttige. Kunnskap om planarbeid har hun fått gjennom arbeidserfaringen som folkehelsekoordinator.

Rådgiveren i Liten kommune har også deltatt på seminarer i regi av fylkeskommunen hvor folkehelse har vært tema. Kunnskap om planarbeid har hun gjennom utdanningen sin.

Ordfører i Liten kommune har gjennom utdanning og yrkesbakgrunn opparbeidet seg helserelatert kunnskap. Han påpeker at det stadig kommer invitasjoner til å delta på seminarer, og at budsjettet tillater det, men det har likevel ikke blitt prioritert av han eller noen av de andre politikerne. Dette mener han har sammenheng med praktiske årsaker, som at det ofte er de

samme som engasjerer seg i politikken som engasjerer seg på andre områder og at det derfor kan bli for hektisk. Det er også bare ordføreren som er frikjøpt på heltid i Liten kommune. Han har ingen formell kompetanse innen plan.

#### 6.3.5.3 ØKONOMI, TID OG KOMPETANSE I STOR KOMMUNE

Avdelingsleder i stor kommune nevner at tid alltid er en viktig faktor, «så det å ha tid til å sette seg inn saker og ting selv må du veie opp mot det å kunne bruke egne ressurser på huset egentlig». Han kommer også inn på økonomi. Avdelingslederen påpeker at det ikke koster noe å få vedtatt en plan, men at driften koster. Han viser til at det blant annet koster penger å børste og strø sykkelveier og sier at det selvfølgelig hadde vært enklere med fri tilgang til midler og ressurser. Økonomien gjør imidlertid at det må foretas noen prioriteringer og da gjelder det å prioritere riktig i forhold til det som er målet, påpeker han.

Avdelingslederen trekker også inn det økonomiske aspektet når vi kommer inn på endringen i fokus fra reparering til mer forebygging og helsefremming.

*«... Skal vi endre dagens praksis radikalt, så vil det jo koste noen kroner. [...] Så forankringen og viljen til å ta tøffe grep på kort sikt, som kanskje gir gevinst på lang sikt, det er nok Alfa og Omega om en skal lykkes.»* Avdelingsleder, stor kommune.

Når det kommer til folkehelsekompetanse forteller utvalgslederen i Stor kommune at hun har opparbeidet seg kunnskap gjennom yrkesbakgrunnen sin og egeninteresse. Avdelingslederen sier han har tilegnet seg kunnskap om folkehelse underveis i tilknytning til det arbeidet han har gjort, samt gjennom seminarer. Videre trekker han frem viktigheten av å sette sammen en arbeidsgruppe som gjør at de kan levere «i sum», og påpeker at han mener de har kompetansen de trenger på huset.

Kommuneoverlegen har opparbeidet seg kompetanse om planarbeid gjennom erfaring.

#### 6.3.5.4 DRIVKRAFT OG KAPASITET – FUNN OPPSUMMERT

- I begge kommunene oppleves lovverk og statlige føringer som en drivkraft i folkehelsearbeidet.
- Ressurser i form av økonomi og tid er en barriere, eller en begrensende faktor, i arbeidet med å skifte fokus fra reparering til forebygging og helsefremming.
- Begge intervjudeltakerne som har planansvar, henholdsvis rådgiver i Liten kommune og avdelingsleder i Stor kommune, spiller på folkehelsekompetansen til aktører med folkehelseansvar i kommunene.
- Flere deltakere har deltatt på seminarer hvor folkehelse har vært et tema.

### 6.3.6 HELSEBEGREPET

Som en avrundning på empirikapittelet, vil jeg trekke frem funn relatert til forståelsen av folkehelsebegrepet. Her er alle funnene presentert samlet, fordi de har relevans på tvers av case.

#### 6.3.6.1 VANSKELIG Å FÅ GREP OM FOLKEHELSEBEGREPET

Flere av deltakerne problematiserer at begrepene *helse* og *folkehelse* er litt vanskelige å forholde seg til. Dette går igjen hos flere av deltakerne, men det er særlig rådgiver i Liten kommune og avdelingsleder i Stor kommune som er tydelige på dette.

*«Det er vanskelig å få grep om det der begrepet folkehelse. [...] I plansammenheng er det vanskelig å konkretisere det helt sånn ned på plannivå, for eksempel når du skal lage en arealplan. - Eh javel, og den skal ha folkehelse. Ja flott, det skal vi ivareta! Og så er det vanskelig. Det er vanskelig å da måtte ha den der definisjonen som treffer planfaget veldig godt.»* Avdelingsleder, Stor kommune.

*«Altså, det (folkehelsebegrepet) blir så rundt at det er som en sånn kule som ingen kan ha noen del i. Alle sier at ja det er riktig, folkehelse må man ha, ja det er klart, helse må alle ha, folket må man ha, - jo folkehelse må man ha!»* Rådgiver, Liten kommune.

Rådgiver i Liten kommune uttrykker videre at siden begrepet er så stort og rundt, er det viktig å dele opp begrepet og tenke «folkehelse som», og også målsette og ansvarliggjøre det. Hun sier at tenker man ikke «folkehelse som», så er det lett å si at det *bare* er folkehelsekoordinator som driver med folkehelse.

#### 6.3.6.2 TVERRFAGLIG FORSTÅELSE AV HELSEBEGREPET I BEGGE KOMMUNENE

Forståelsen av det brede folkehelsebegrepet, som er knyttet til «helse i alt vi gjør, Kan si noe om tverrsektoriell forankring eller potensialet for tverrsektoriell forankring. Alle deltakerne fra *begge* kommunene har en ganske bred forståelse av hva helse og folkehelsearbeid er. Dette kommer til uttrykk på flere måter i intervjuene. For det første presiserte samtlige av deltakerne at folkehelsearbeidet hører hjemme i flere eller alle sektorene i kommunen.

*«Det meste helsefremmende skjer vel utenom helsesektoren».* Folkehelsekoordinator, Liten kommune.

*«Jeg tror faktisk at Helse er det minst viktige. Hvis jeg skulle vektlegge her, så vil jeg tro at barn og oppvekst er aller viktigst, og deretter plan. Og så er det kultur, tenker jeg. Kultur og idrett. Og så kommer helse.»* Kommuneoverlege, Stor kommune.

For det andre pratet deltakerne uoppfordret om folkehelse temaer og utfordringer som ligger ganske spredt utover i Dahlgren og Whitehead sin regnbuomodell (Figur 1). Alle deltakerne var innom temaet livsstilsfaktorer, og da særlig fysisk aktivitet. Nesten alle trakk frem sosiale nettverk som et aspekt relatert til helsebegrepet. Flertallet trakk også frem skolens og barnehagens rolle i folkehelsearbeidet, og mange uttrykte at disse er de viktigste arenaene for helsefremming og forebygging. I tillegg var nesten samtlige opptatt av arbeidsledighet. Frivilligheten ble for øvrig også nevnt av alle deltakerne som en viktig ressurs. «et sunt samfunn har mange frivillige organisasjoner», påpekte rådgiver i Liten kommune.

#### 6.3.6.3 VARIASJON I HVA ANDRE LEGGER I BEGREPENE FOLKEHELSEARBEID OG HELSE

Flere av deltakerne mener at det, både i og utenfor organisasjonen, finnes mange forskjellige oppfatninger om både hva helse er og hva folkehelsearbeid er og bør være.

Folkehelsekoordinatoren, Liten kommune, påpeker at hun ofte må minne andre på at folkehelse ikke bare handler om det som er bra for kroppen, sånn som trening, men at det for eksempel også handler om sosiale helseforskjeller. Ofte må hun være «vaktbikkje» for at tiltakene som fremmes skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og nå dem som trenger det mest. Hun mener for øvrig at særlig skole- og oppvekst er gode på å tenke bredt. Utvalgslederen i Stor kommune

mener at da de godkjente folkehelseplanen i bystyret, kan noen ha blitt overasket over temaene der fordi ikke alle tenker at helse handler om mer enn sykdom. Ordføreren i Liten kommune mener politikerne som har helsefaglig bakgrunn har en større forutsetning for å forstå de ulike helsebegrepene.

På tvers av kommunene er det flere av deltakerne som påpeker at det sannsynligvis er mange som er opptatt av og driver med folkehelsearbeid uten at de bruker folkehelse-begrepet.

#### 6.3.6.4 FOLKEHELSEBEGREPET – FUNN OPPSUMMERT

- Folkehelsebegrepet oppleves som vanskelig å forholde seg til fordi det er omfattende og lite konkret.
- Blant deltakerne i begge kommunene er det en god forståelse for bredden av folkehelsebegrepet.
- Deltakerne opplever at det finnes mange ulike oppfatninger om hva folkehelse og folkehelsearbeid er og bør være. Flere opplever det som at mange driver med folkehelsearbeid uten at de kaller det.

## 7 DISKUSJON

Med denne casestudien har jeg undersøkt hvilke suksessfaktorer og utfordringer som er tilknyttet det systematiske folkehelsearbeidet. Jeg har begrenset oppgaven ved å legge vekt på helseoversikten og planstrategien. I tillegg har jeg brukt to forskningsspørsmål som en rød tråd i arbeide med å innhente og analysere data:

1. I hvilken grad er folkehelseperspektivet forankret politisk, administrativt, organisatorisk og i plan?
2. Hvordan har kommunene *oversatt og håndtert* kravene om:
  - en oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer (helseoversikten)?
  - en kommunal planstrategi, med helseoversikten som grunnlag?

I de to neste avsnittene vil jeg med utgangspunkt i disse to forskningsspørsmålene bruke virusteorien og translasjonsteorien som et rammeverk når jeg videre fortolker og diskuterer funn fra intervju- og dokumentanalysen.

### 7.1 I HVILKEN GRAD ER FOLKEHELSEPERSPEKTIVET FORANKRET POLITISK, ADMINISTRATIVT, ORGANISATORISK OG I PLAN?

Jeg har gått inn i studien med en tanke om at dersom det systematiske folkehelsearbeidet skal ha grobunn i kommunen, så må det finnes et eierskap til folkehelse som begrep og perspektiv. Dette er en del av min forforståelse, min bagasje. Denne forforståelsen passer i utgangspunktet godt med translasjonsteorien. Jeg har hatt en oppfatning om at noen må være målbærere for folkehelseperspektivet og det systematiske folkehelsearbeidet. I translasjonsteorien vil disse målbærerne kunne refereres til som translatører.

Det er ganske naturlig at de to intervjudeltakerne jeg opplever som translatører for folkehelseidéen er kommuneoverlegen i Stor kommune og folkehelsekoordinatoren i Liten kommune. Det er disse som formelt sett har ansvaret for store deler av folkehelsearbeidet.

I modernistisk-rasjonalistisk tenkning vil vi forklare folkehelseidéen spredning inn i organisasjonen med at den har kommet inn gjennom ledelsen, som har klare ideer for hvordan den skal implementeres nedover i organisasjonen. Røvik (2007) gir en alternativ forklaring gjennom at ideer også kan tas inn i organisasjonen ved at ansatte tar med seg ideer fra seminarer og kurs. Folkehelsekoordinator i Liten kommune har deltatt på mange folkehelseseminarer. Gjennom intervjuet er det flere anledninger hvor hun bringer opp at folkehelse også handler om å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette aspektet vurderer jeg som en del av folkehelseidéen fordi det har fått en tydelig plass i folkehelsepolitikken (St.meld nr. 20 (2006-2007)). Det er stor grunn til å tro at dette er et tema på nettverkssamlinger og seminarer i regi av fylkeskommunen. Jeg vil derfor påstå at folkehelsekoordinatoren er den som har tatt inn og bidrar til å spre denne delen av folkehelseidéen. Folkehelsekoordinatoren har trukket frem at hun har hatt god nytte av disse samlingene.

Folkehelsekoordinatoren i Liten kommune sier videre i intervjuet at hun stadig vekk må være vaktbikkje for at utjevning av sosiale helseforskjeller som hensyn blir ivaretatt når det utarbeides tiltak. Her er det tydelig at hele folkehelseidéen ikke har manifestert seg fullt ut i organisasjonen.

At folkehelsekoordinator viser tålmodighet og fortsetter å vise vei, er ifølge translasjonsteorien avgjørende for at også denne biten av folkehelseidéen til slutt skal bli institusjonalisert i organisasjonen. Med virusteorien trekker Røvik (2007) paralleller til replikasjon. Dersom idésmitten verserer i organisasjonen i form av argumenter og resonnering over lang tid, kan ideen innta og overbevise flere og flere aktører som videre vil opptre som forsvarere og formidlere av idéen. Jeg kan se at virusteorien kan ha en viss gyldighet i dette tilfelle, men ikke fullt ut. Røvik (2007) prater her om motstand, i forstand av at noen aktivt jobber imot implementeringen av idéen. Jeg oppfatter det mer som at det aktuelle eksempelet fra Liten kommune bunner ut i uvitenhet og ikke motstand mot å måtte forholde seg til utjevning av sosiale helseforskjeller.

For at folkehelseidéen skal kunne spres, må det forbi det ytre forsvaret. Røvik gir eksempler på at det ytre forsvaret kan innebære at arenaene hvor organisasjonsidéer fanges opp og drøftes er fysisk eller formelt adskilt fra der hvor ideene skal virke. I Liten kommune innebærer det at det bør være kontakt mellom folkehelsekoordinatoren og ledelsen og praksisfeltet. Det samme gjelder for Stor kommune, hvor kommuneoverlegen bør ha en arena hvor han kan spre folkehelseidéen. I liten kommune er folkehelsekoordinatoren både fysisk og formelt mer eller mindre adskilt fra ledelsen og planavdelingen. Stillingen hennes er plassert på sektornivå og kontoret hennes er i et bygg adskilt fra administrasjonen. Forskning tyder på at det er en fordel å ha folkehelsekoordinatoren plassert nærere rådmannsnivå, fordi da blir folkehelse i større grad satt på agendaen (Helgesen et al. 2014). Folkehelsekoordinatoren nevner også i intervjuet at hun ønsker å bli involvert mer og er klar over at det hadde vært en fordel å være tettere knyttet til rådmannsteamet. At stillingen hennes som folkehelsekoordinator er relativt liten, vurderer jeg også som en barriere. Det ytterligere begrenser muligheten for folkehelsekoordinatoren til å spre folkehelseidéen og innvirke på kommunens folkehelsearbeid. Vi kan også se samme tendensen i Stor kommune. Her har kommuneoverlegen fått folkehelseansvaret på toppen av andre arbeidsoppgaver. Hadde han kun hatt folkehelsearbeid å konsentrere seg om, ville han naturligvis hatt større mulighet til å spre folkehelseidéen. Kommuneoverlegen påpekte også under intervjuet at han ønsket et tettere samarbeid med planavdelingen. Ingen av kommunene hadde på tidspunktet for intervjuet en fast arena hvor folkehelse kunne bli drøftet i en tverrfaglig gruppe.

Siden politik ledelse bare er representert med to intervjudeltakere er det vanskelig å fastslå hvorvidt folkehelseidéen er spredt i det politiske miljøet i organisasjonen. Inntrykket mitt er at begge deltakerne har en forståelse for at folkehelse er et tverrsektorielt begrep, men både i politisk ledelse og i administrasjonen har jeg inntrykk av at det er veldig mange som prater om og jobber med folkehelse uten at de kaller det det. Det er en liten kontaktflate mellom de folkehelseansvarlige og politisk ledelse. Det kommer frem av intervjuet at utvalgslederen i stor kommune har hatt noe kontakt med kommuneoverlegen. I liten kommune har folkehelsekoordinatoren påpekt at det er liten kontakt mellom henne og politisk ledelse. Dette kan vurdere som en barriere i arbeidet med å forankre folkehelseperspektivet.

I begge kommunene finnes det tegn på at folkehelseidéen har en forankring i politisk og administrativ ledelse. I lys av virusteorien har folkehelseidéen til dels gått fra å vise seg som språksmitte til å gi effekt i form av handling. Ledelsen i Liten kommune har ansatt folkehelsekoordinator og tilrettelagt for tverrsektorielt samarbeid i forbindelse med utarbeiding av helseoversikten og folkehelseplanen. I stor kommune har ledelsen lagt til rette for tverrfaglig samarbeid. Folkehelseperspektivet er også innlemmet i planstrategien til begge kommunene.

Røvik (2007) beskriver at en av mekanismene for hvordan idésmitten kan trenge dypere inn i organisasjonen og gi konsekvenser er instruksjer. Dersom idéen inneholder instruksjer for hvordan den skal implementeres og materialiseres, så er det en større sjanse for at den blir det. Folkehelseidéen og det systematiske folkehelsearbeidet er forankret i lovverket, det mest

instruktive verktøyet for statlig styring av kommunene (Helgesen & Holm 2014). Mye tyder på at folkehelseloven med tilhørende forskrift, folkehelsemelding og veileder har vært en drivkraft i folkehelsearbeidet i begge kommunene. Folkehelsekoordinator i Liten kommune sier at folkehelseloven har gjort folkehelsearbeidet og fokuset mer formalisert. Rådgiveren påpeker at lovverket og økonomi er styrende for prioriteringer. I stor kommune legger også kommuneoverlegen vekt på viktigheten av lovverket fordi det krever langsiktig ledelse. Lovens tverrsektorielle perspektiv, som bygger på prinsippet «helse i alt vi gjør», krever videre at folkehelseidéen skal implementeres i hele organisasjonen, både hos ledelsen og på sektornivå.

Selv om det kan synes som at folkehelseidéen har en forankring hos ledelsen, er det sånn at i en kommunal hverdag er det mye som skal tas hensyn til og det er tegn i begge kommunene på at folkehelse ikke alltid blir prioritert. I virusteorien snakker vi om et indre forsvar. Dette viser seg ofte i argumenter om at organisasjonsidéen ikke er kompatibel med dagens praksis. Ordføreren i Liten kommune viser til at forebyggende arbeid ofte må vike for mer akutte situasjoner. Rådgiveren forteller at de følger føringene så langt det lar seg gjøre med de midlene de har, og så må de videre ta stilling til hvor det koster dem minst å bryte loven. I samhandlingsreformen er en del av budskapet at kommunene skal fokusere på forebygging for å kunne reparere mindre. Tidligere forskning antyder at mange kommuner finner det vanskelig å satse på forebygging fordi de økonomiske effektene ligger langt fram i tid (Abelsen et al. 2012). Helsefremmende og forebyggende tiltak taper i konkurranse med behandlende tiltak (Helgesen et al. 2014). Jeg oppfatter det som at både folkehelsekoordinator i Liten kommune og Kommuneoverlegen i Stor kommune mener det er et engasjement for folkehelse hos ledelsen, men at det ikke alltid er folkehelse som vinner terreng når det skal prioriteres på lang og kort sikt.

Et eksempel på at folkehelse har blitt nedprioritert er tilfellet i Liten kommune, hvor folkehelsekoordinator har ventet relativt lang tid på å få en tverrsektoriell gruppe rundt seg. Gruppen skulle blant annet ha ansvar for det løpende folkehelsearbeidet og fungere som et slags råd. Vedtaket om opprettingen av et slikt råd kom med vedtaket av folkehelseplanen i 2015. Folkehelsekoordinatoren viste tydelig forståelse for at folkehelse kan bli nedprioritert i en hektisk hverdag, men understreket også viktigheten av et slikt råd for å kunne forankre det systematiske folkehelsearbeidet i hele organisasjonen. Tverrsektorielt samarbeid er en av suksessfaktorene hun pekte på da vi pratet om arbeidet med helseoversikten og folkehelseplanen. Opplevelsen hennes om at tverrsektorielt samarbeid er viktig, har også støtte i tidligere forskning (Barton et al. 2009).

At det tok lang tid å få opprettet et folkehelseråd, kan i lys av virusteorien forklares med begrepet inkubasjonstid (Røvik 2007). Denne forklaringen forutsetter imidlertid at idéen ikke har manifestert seg i form av handling og konsekvenser enda, men kun vist seg i form av språksmitte. Jeg vil påstå at folkehelseidéen har vist seg i form av handling på et tidligere stadium. Dette begrunner jeg med at ledelsen blant annet la til rette for tverrsektorielt arbeid med helseoversikten og folkehelseplanen. En bedre forklaring vil da være at folkehelseidéen har blitt kronisk. Røvik trekker paralleller til hvordan virus kan ligge latent og innimellom reaktiveres og blusse opp. På samme måte kan en organisasjonsidé, særlig i starten, vekke begeistring hos enkelte og motivere til handling. Etter en tid kan det hende ideen får mindre oppmerksomhet og gå inn i en form for hviletilstand.

Rådgiveren i Stor kommune påpekte at utydigheten og kompleksiteten som følger folkehelsebegrepet gjør det vanskelig å forholde seg til. Videre trakk hun frem at dersom vi bryter folkehelsebegrepet ned, så er det mye som er relevant likevel. Avdelingslederen i Stor kommune trekker også frem at det er problematisk å forholde seg til et folkehelsebegrep som er så lite konkret. Begge disse intervjudeltakerne har bakgrunn i planlegging. Denne problemstillingen finner vi igjen i tidligere forskning. Hofstad og Bergsli (2016) trekker frem at i planlegging, som



handler om å utrede mulige alternativer for utvikling og å foreta prioriteringer, blir folkehelse vanskelig å forholde seg til. Dette fordi fenomenet folkehelse er lite konkret, vidt og lite målbart. Det finnes også forskning tilknyttet kommunenes oversiktsarbeid som peker på at planlegging utgjør en institusjonell betingelse som har innvirkning på hvilke deler av oversiktsarbeidet som blir fanget opp (Hofstad et al. 2015). Forskerne trekker frem at over tid kan utfordringsbildet som er skissert i oversiktsdokumentet kunne bidra til nye forståelser i planleggingen.

Begge kommunene har utarbeidet en folkehelseplan som er preget av prinsippet helse i alt vi gjør. Det er tydelig at kommunene ønsker å forankre det brede folkehelseperspektivet, og med folkehelseplanen legges det til rette for en tverrfaglig innsats i folkehelsearbeidet.

## 7.2 HVORDAN HAR KOMMUNENE *OVERSATT* OG *HÅNDTERT* KRAVENE TILKNYTTET HELSEOVERSIKTEN OG PLANSTRATEGIEN?

Som nevnt er instruksene en av mekanismene for at en organisasjonsidé skal spres og implementeres innover i organisasjonen. Det systematiske folkehelsearbeidet er forankret i folkehelseloven, med tilhørende forskrift, og plan og bygningsloven samt i veiledere (Folkehelseloven 2011; Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012; Helsedirektoratet 2013; Miljøverndepartementet 2011; Plan- og bygningsloven 2008). Her er det en rekke krav, oppfordringer og anbefalinger for hvordan det systematiske folkehelsearbeidet skal håndteres. For en vellykket implementering kreves også her translatørkompetanse. Her vil rådgiveren i Liten kommune og avdelingsleder i stor kommune ha viktige roller. Det vil også kommuneoverlegen i Stor kommune og folkehelsekoordinator i Liten kommune ha.

Røvik (2007) trekker frem at i translatørkompetansen ligger også evnen til å vite når man skal oversette og når man skal la være. I Liten kommune har de fulgt retningslinjene så godt det har latt seg gjøre og dette vises tydelig i oversikten hvor blant annet avsnittene er organisert etter temaene som er listet i forskriften (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012, § 3). De har gjort noen justeringer for å tilpasse oversikten til deres eget behov. Blant annet har de valgt å la folkehelseoversikten følge folkehelseplanen, og å legge utfordringsbildet i planen i stedet for i oversikten. Dette vil jeg med bakgrunn i translasjonsteorien kalle for en mild omvandling. Kommunen har ikke trukket fra delen med utfordringsbildet, men flyttet den. Dataene forteller ikke noe om det har hatt noen praktisk betydning. Folkehelsekoordinator trekker frem tverrsektorielt samarbeid som en suksessfaktor, noe som får støtte i forskning (Hofstad et al. 2015). Videre sier hun at det er en suksessfaktor å vite hvor man skal hente dataene, noe som i tidligere forskning har blitt trukket frem som en av de største utfordringene (ibid.). Dataene viser at Stor kommune har henvist til flere kilder og at noen av dem ikke er tilgjengelige for Liten kommune. Datagrunnlaget er for lite til at jeg kan trekke slutninger om at dette er et reelt bilde som gjelder store og små kommuner generelt.

Oversikten til Liten kommune skiller seg fra Stor kommune sin med tanke på omfang. Her har Stor kommune staset på et veldig omfattende dokument som skal kunne brukes som et oppslagsverk, mens Liten kommune har laget en kortere versjon. Også Stor kommune har valgt å følge forventninger og krav som ligger i lovverket og forskriften. Kommuneoverlegen sier det ikke har blitt satt av ekstra ressurser til arbeidet og at det har medført en del kveldsjobbing.

Når det kommer til planstrategien, så har ingen av politikerne vært særlig involvert. Her vil jeg si at det har skjedd en omvandling av organisasjonsidéen. I plan- og bygningsloven er det skrevet at det er kommunestyret som skal utarbeide planstrategien. Aaresæther og Buanes (2016)

argumenterer for at dette er en ambisjon som vil være vanskelig å realisere. Det er foreløpig ikke publisert mye forskning på området, men en rapport som tar for seg 15 casestudier er det ingen av kommunene som oppgir at kommunestyret har hatt en sentral rolle (NIVI 2013).

Stor kommune har brukt helseoversikten som grunnlag i planstrategien, og det er en tydelig linje mellom oversikten og temaene som representeres i planstrategien. Liten kommune har ikke brukt helseoversikten som grunnlag. Også dette vil jeg kalle en omvandling, som visstnok er på et ubevisst nivå. Jeg vil trekke frem at det ikke er skrevet noen steder i veilederen til planstrategien at folkehelseoversikten skal brukes. Den er for øvrig ikke nevnt i det hele tatt (Miljøverndepartementet 2011).

### 7.3 AVSLUTNING

#### ***Hvilke utfordringer og suksessfaktorer er tilknyttet det systematiske folkehelsearbeidet?***

Med denne studien har jeg forsøkt å belyse hvilke utfordringer som er tilknyttet det systematiske folkehelsearbeidet. I studien har jeg funnet at økonomiske ressurser har betydning for hvorvidt folkehelsearbeidet dreies i en forebyggende og helsefremmende retning og at økonomi og tid setter begrensninger for det systematiske folkehelsearbeidet.

Folkehelsebegrepet oppleves av aktører i begge kommunene som utydelig og vanskelig å forholde seg til. I lys av translasjonsteori og virusteori kan det ta tid å implementere folkehelseperspektivet. Det krever tålmodighet fra translatører og arenaer hvor perspektivet kan drøftes. I begge kommunene trekkes lovverket og nasjonale føringer frem som drivkraft for folkehelsearbeidet.

Det er velvilje i ledelsen hos begge kommunene, men det er rom for mer. Folkehelsekoordinator i Liten kommune og kommuneoverlege i Stor kommune ønsker å bli involvert mer i saker med relevans til folkehelse og planarbeid. Det finnes organisatoriske barrierer i Liten kommune i form av at folkehelsekoordinatorstillingen er lagt til sektornivå.

Begge kommunene er godt i gang med det systematiske folkehelsearbeidet og begge har valgt å forankre folkehelse i en tverrsektoriell folkehelseplan. Tverrsektorielt samarbeid blir trukket frem som en suksessfaktor i arbeidet med helseoversikten.

Ingen av kommunene har involvert kommunestyret i særlig grad i utarbeidingen av planstrategien. Begge kommunene har et folkehelseperspektiv i planstrategien. Liten kommune har ikke brukt helseoversikten som grunnlag for planstrategien.

De ville vært interessant å se nærmere på potensialet som ligger i politisk involvering i planstrategien. Studien antyder at det er rom for større forankring av folkehelseperspektivet blant politikerne. I og med at folkehelseoversikten ifølge Folkehelseloven § 6 skal ligge til grunn for arbeidet med planstrategien, kan dette være en arena hvor folkehelseperspektivet kan spres og forankres i større grad.

## 7.4 METODISK KVALITET

I kvalitative studier er objektivitet en utfordring fordi forskeren bruker seg selv som instrument. Vi møter verden med en forforståelse som innebærer kunnskap og oppfatninger om virkeligheten. Denne bruker vi bevisst, men også svært ofte ubevisst, til å tolke det som skjer rundt oss (Johannessen et al. 2016, s. 34). Dette gjelder også i en forskningssituasjon. Vi vil ha en form for forforståelse, eller *forståelseshorison*t, som vil kunne påvirke hva vi ser og vektlegger, samt hvordan vi velger å tolke observasjonene (ibid.) I kapittelet som omhandler etikk har jeg redegjort for min forforståelse. Jeg har vært bevisst denne gjennom hele prosessen, men det betyr ikke at studien ikke er farget av mine forhåndsoppfatninger. Dette kan begrunnes med at det ikke er mulig å ha full oversikt over et fenomen, noe som innebærer at mye av virkeligheten blir oversett. Et beskrivende eksempel her er at intervjuguiden naturlig nok bærer preg av hva jeg ønsker informasjon om, og *på forhånd* oppfatter som relevant. Selv om jeg har valgt semistrukturert intervju som metode, betyr ikke det at det har vært rom for at alle relevante aspekter skulle komme til syne. Videre vil også analyseprosessen bære preg av forskerens forforståelse. Her har jeg etter beste evne, og særlig på det første trinnet av intervjuanalysen, prøvd å lese dataene med en viss distanse. Likevel har et relativt stort omfang av data gjort at mye underveis har blitt valgt bort, fordi jeg har vurdert det som irrelevant for problemstillingen. Det har altså skjedd en seleksjon av data, som er farget av meg som forsker. For å tilstrebe en mest mulig objektiv analyse har jeg valgt en analysemetode som er veldig ryddig, grundig og systematisk, samtidig som den er relativt enkel å beskrive i etterkant. Metoden innebærer også at jeg har forsikret meg om at funnene ikke har blitt gitt en ny mening underveis i analyseprosessen, ved å sjekke dem opp mot det opprinnelige intervjumaterialet og dokumentene. I tillegg har alle intervjudeltakerne fått tilsendt alt materiell hvor jeg bruker deres sitater eller referer til dem. Dette for å gi dem muligheten til å oppklare misforståelser eller komme med andre innvendinger.

Spørsmålet om studiens reliabilitet er sentralt i vurderingen av forskning. Dette handler om hvorvidt resultatene som fremkommer er til å stole på. Reliabiliteten har å gjøre med nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten dataene er samlet inn på og hvordan de er bearbeidet (Johannessen et al. 2016, s. 36). Et spørsmål som reiser seg er om andre forskere hadde kommet frem til de samme resultatene ved en nøyaktig gjengivelse av studien (Fangen 2010; Johannessen et al. 2016). En kvalitativ studie kan imidlertid aldri gjentas på nøyaktig samme måte flere ganger, fordi funnene er avhengig av konteksten hvor forskningen fant sted (Nilssen 2012). Med kontekst mener jeg her blant annet tidsaspektet, fordi mennesker utvikler seg og sin virkelighetsoppfatning over tid, og den relasjonelle konteksten, som at en intervjudeltaker vil oppføre seg annerledes i møte med ulike forskere.

Siden en gjenskaping av forskningsprosessen ikke er aktuelt, må den kvalitative forskeren legge til rette for at leseren får en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten for forskningen og valgene som er tatt underveis i forskningen (Nilssen 2012). Dette har jeg etter beste evne gjort i metodekapittelet.

For at studien skal være av interesse for andre, er det som oftest ønskelig at den har en viss overførbarhet til andre sammenhenger (Malterud 2011, s. 62). Spørsmålet handler om hvorvidt funnene «gir mening ut over seg selv» (ibid.) I denne sammenhengen anser jeg det som nødvendig å vurdere om kunnskapen som fremkommer av studien er relevant for andre kommuner. Jeg tenker at skal den være det, må andre kommuner ha noe til felles med kommunene som er representert i studien. Det er noen trekk ved norske kommuner som jeg vil trekke frem her. Alle kommunene i Norge har stått ovenfor de samme relativt nye kravene som ligger i Folkehelseloven (2011) og Plan- og bygningsloven (2008). Den norske lokalstyreordningen kjennetegnes dessuten av generalistkommuneprinsippet (Christensen et al. 2014, s. 139 og s. 144). Med det menes at kommunene er tillagt et bredt spekter av ulike oppgaver

som tilfaller kommunenes territorium, og at alle kommunene ivaretar de samme funksjonene. Ansvarsområdet er altså likt for alle kommuner og uavhengig av befolkningsstørrelse, økonomi, areal, politisk farge osv. Dette gjør at noen av forutsetningene for å møte de nye kravene er de samme. Det har for øvrig vært ganske store forskjeller i hvor kommunene har kommet i det systematiske folkehelsearbeidet, men forskning fra 2017 viser at opp imot 90% av kommunene har utarbeidet en helseoversikt (Helgesen et al. 2017; Riksrevisjonen 2015). Begge kommunene i denne studien har ferdigstilt en helseoversikt. Studien representerer også to kommuner av ulik størrelse, noe jeg vil anta styrker overførbareheten.

Når det kommer til den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen, så er det noen aspekter jeg gjerne vil trekke frem. For det første er jeg en relativt uerfaren forsker med begrenset erfaring med intervju som metode. Hadde jeg hatt mer erfaring, kunne det vært at jeg hadde fått andre svar. Kanskje hadde jeg stilt spørsmålene på en annen måte eller kanskje jeg hadde hatt andre oppfølgingsspørsmål. For å få erfaring med intervjusituasjonen og for å kvalitetssjekke intervjuguiden gjorde jeg to pilotintervju. Disse intervjuene gjorde meg ikke til en erfaren intervjuer, men de gjorde meg i stand til å gjennomføre bedre intervjuer enn hva jeg hadde kunnet uten denne erfaringen.

At jeg har brukt to metoder for innsamling av data, kan vurderes som en styrke (Johannessen et al. 2016). Jeg har hatt mulighet til å gi en fyldigere beskrivelse og dataene underbygger hverandre. Videre anser jeg det som fordelaktig at jeg har valgt å studere to kommuner fordi det har gitt meg muligheten til å sammenligne og få et bredere datagrunnlag. Likevel ser jeg også at det kunne vært en fordel å heller gått dypere og bredere inn i ett enkelt case. På grunn av studiens begrensninger i tid, har jeg ikke hatt mulighet til å inkludere mer enn seks intervjudeltakere. Jeg ser i ettertid at det ville vært en fordel å intervju noen fra for eksempel rådmannsnivå. Hadde jeg konsentrert meg om en enkel case, så hadde jeg hatt denne muligheten.

Når det kommer til valg av intervjudeltakere, har jeg gjort med noen refleksjoner underveis. Det var to grunner til at jeg ønsket å inkludere to politikere i studien. Den ene var knyttet til at kommunen er en politisk organisasjon og politisk støtte har i forskning blitt trukket frem som en suksessfaktor i arbeidet med å integrere folkehelse i planarbeid (Barton et al. 2009). Videre hadde jeg, etter å ha satt meg inn i lovverket, en forventning om at politikerne skulle ha et større eierskap til arbeidet med planstrategien. Siden planstrategien er en del av hovedfokus for oppgaven, vurderte jeg det som naturlig å undersøke politikernes perspektiv på prosessen, inkludert hvordan de hadde forholdt seg til helseoversikten. Som det fremkommer av resultatdelen, var ikke politikerne særlig involverte i arbeidet med planstrategien. Det gjorde at disse intervjuene ble noe annerledes enn jeg hadde sett for meg. Dette igjen resulterte i at en del av de aktuelle intervjudataene senere ble vurdert som mindre relevante for problemstillingen. Dersom vi ser nærmere på presentasjonen av funn vil det fremkomme at det, av den grunn, er noe ubalanse i hvor mye deltakerne har blitt referert til. Det jeg har vurdert som relevant fra intervjuene med politikerne, vurderer jeg som viktige bidrag til helheten.

Jeg anser det som en svakhet at det har gått lang tid mellom tidspunkt for intervjuene og ferdigstilling av oppgaven. Det kan bety at det som var virkeligheten den gang, ikke er representativ for hvordan det er nå. Likevel er det et såpass stort sprik i hvor langt kommunene har kommet i folkehelsearbeidet at jeg vil tro en del av funnene i studien vil oppleves som relevante for en del andre kommuner (Helgesen et al. 2017; Riksrevisjonen 2015). Det har for øvrig vært en fordel at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, fordi jeg da har kunnet lytte til dem flere ganger gjennom hele prosessen. Selv om intervjuene ble transkribert ordrett, mener jeg at noe av essensen eller nyansene blir borte når det muntlige blir skrevet ned.

Jeg har valgt et teoretisk rammeverk som jeg har brukt i fortolkningen og diskusjonen av funn. Dersom jeg hadde valgt andre teorier, ville jeg kunnet belyse andre aspekter ved funnene. Det er mange ulike fagområder med tilhørende teoretiske retninger som kunne satt funnene i et annerledes lys. Jeg har valgt å konsentrere meg om ett område, organisasjonsteorien. Dette har gjort at jeg har kunnet sette meg grundig inn i flere av teoriene på området før jeg valgte de to teoriene jeg har vurdert som best egnet. Jeg mener disse teoriene har fungert bra som et analytisk rammeverk.

## 8 LITTERATURLISTE

- Aaresæther, N. & Buanes, A. (2016). Kan planloven bidra til en vitalisering av lokaldemokratiet? *Nytt norsk tidsskrift*, 33 (8): 296-307. doi: 10.18261/issn.1891-1781-2016-04-03.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. r. (2012). *Utfordringer for norsk planegging: Kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Abelsen, B., Ringholm, P.-A. E. & Aanesen, M. (2012). Hva har samhandlingsreformen kostet så langt? *Norut-Alta rapport 2012:9*.
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health promotion International*, 24: i91-i99. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dap059>.
- Brekke, M. (2006). Analyse og fortolkning av tekst i forskningen. I: *Å begripe teksten*, s. 19-38. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.). (2012). *Kvalitative Metoder, Empiri og teoriutvikling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Christensen, T., Lærgreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lærgreid, P. & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Arbetsrapport 2007:14*: Institutet för Framtidsstudier.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. 2. utg.: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten: Folkehelse i Norge 1814-2014*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/> (lest 27.08.2018).
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*.
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen av 28. juni 2012 nr. 692*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692?q=forskrift%20om%20oversikt%20over%20folkehelsen> (lest 25.10.2018).
- Haagensen, T. (2012). Byer og miljø. indikatorer for miljøutviklingen i Framtidens byer 27/2012: Statistisk sentralbyrå.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. c., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C. & Goth, U. S. (2014). Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. *NIBR-rapport 2014:3*.

- Helgesen, M. K. & Holm, A. (2014). Statlige veiledere: et pedagogisk styringsredskap. *Rus & samfunn* (06/2014): 38-40.
- Helgesen, m. K., Abebe, D. S. & Schou, A. (2017). Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet: Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. Oslo: NOVA velferdsforskningsinstituttet,
- NIBR By- og regionforskningsinstituttet.
- Helsedirektoratet. (2013). God oversikt - en forutsetning for god folkehelse: En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. *IS-2110*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse: Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. *Is-2203*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (u.å.-a). *Samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> (lest 22.11.2018).
- Helsedirektoratet. (u.å.-b). *Systematisk folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag-for-lokal-samfunnsutvikling> (lest 20.08.2018).
- Helsedirektoratet & KoRus Nord. (u.å.). <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-er-folkehelse/Folkehelse-og-plan/> (lest 05.12.2018).
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A. & Vedeld, T. (2015). Lokal oversikt over folkehelsen - muligheter og utfordringer. *NIBR-rapport 2015:13*.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2016). *Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan: Status og ringvirkninger 2012-2015*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Sluttevaluering-av-Helse-og-omsorg-i-plan> (lest 01.11.2018).
- Hofstad, H. & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20 (1).
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2009). *Kommentar til plandelen av plan- og bygningsloven § 11-1. Kommuneplan*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger\\_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-11-kommuneplan/-11-1-kommuneplan/id556799/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-11-kommuneplan/-11-1-kommuneplan/id556799/) (lest 06.12.2018).
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-forventninger-til-regional-og-kommunal-planlegging/id2416682/>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Liten kommune. (2015a). Folkehelseplan.
- Liten kommune. (2015b). Helseoversikt.
- Liten kommune. (2016). Kommunal planstrategi.
- Liten kommune. (2017). Kommuneplanens samfunnsdel 2017-2029.
- Løset, G. k. & Veenstra, M. (2015). Forebyggende helsearbeid i kommunene: Prosessevaluering av Samhandlingsreformen. *NOVA rapport 6/15*: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/> (lest 25.10.2018).
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Miljøverndepartementet. (2011). *Kommunal planstrategi: Veileder*. Oslo.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. 3. utg. London: Elsevier.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget
- NIVI. (2013). *Kartlegging av status i arbeidet med regionale og kommunale planstrategier*. NIVI Rapport 2013:1. Tilgjengelig fra: [http://www.nivianalyse.no/images/NIVI\\_rapportarkiv/2013/NIVI\\_rapport\\_2013\\_1\\_Regionale\\_og\\_kommunale\\_planstrategier.pdf](http://www.nivianalyse.no/images/NIVI_rapportarkiv/2013/NIVI_rapport_2013_1_Regionale_og_kommunale_planstrategier.pdf) (lest 14.09.2018).
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Riksrevisjonen. (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid 2014-2015. 3:11. Bergen: Riksrevisjonen.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundredets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør: En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner. *NIBR-rapport 2014:21*.
- Scott, W. R. & Davis, G. F. (2016). *Organization and organizing: Rational, Natural and Open System Perspectives*. New York: Routledge.
- St.meld nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stor kommune. (2013). Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2025. 24 s.
- Stor kommune. (2016a). Folkehelseplan.
- Stor kommune. (2016b). Helseoversikt.
- Stor kommune. (2016c). Kommunal planstrategi.
- Telemark fylkeskommune. (2014). Regional strategi for Folkehelse i Telemark 2012-2016.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> (lest 01.08.18).
- Yin, R. K. (2013). *Case Study Research: Design and Methods*. 5. utg. Los Angeles: SAGE Publications.

## 9 VEDLEGG 1 FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

*” Erfaringer tilknyttet bruken av kommunens helseoversikt i utarbeidningen av ny planstrategi og kommunale planer”*

#### **Bakgrunn og formål**

Med dette spør vi deg om du vil delta i et forskningsprosjekt som er en masteroppgave i Folkehelsevitenskap ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU). Studien vil ta for seg hvordan og i hvilken grad kommunens helseoversikt og eventuelle andre statistikker og kunnskapskilder brukes i kommunens planarbeid. Det er flere grunner til at din kommune er valgt ut til å delta. Utvalgsriteriene omfatter blant annet beliggenhet, befolkningsstørrelse og hvor langt kommunen har kommet i arbeidet med helseoversikten, ny planstrategi og eventuelle nye planer. Siden du har en sentral rolle i folkehelsearbeidet/planarbeidet, vil det være spesielt interessant å lære om hvordan akkurat du opplever dette arbeidet. Prosjektet starter høsten 2016 og forventet prosjektslutt er 31. desember 2017.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Du vil bli bedt om å sette av cirka 1 time for å svare på spørsmål som omhandler dine erfaringer med det kommunale folkehelse- og/eller planarbeidet. Det er kun du og studenten som vil være til stede under intervjuet. Dersom det er greit for deg, er det en fordel om intervjuet kan tas opp på lydbånd. Dette for å sikre at samtalen blir friere og at ingen informasjon går tapt. Det er for øvrig kun studenten og studentens hovedveileder, Hege Hofstad, som vil ha tilgang til dataene som blir samlet inn. Lydopptakene blir slettet når prosjektet avsluttes. Da vil også alle personopplysninger anonymiseres.

Verken navnet ditt eller navnet på kommunen vil bli gjengitt i den endelige oppgaven. Likevel kan vi ikke garantere deg at kommunen er fullstendig ugjenkjennelig siden visse trekk ved kommunen og dens planverk, vil være aktuelle å beskrive for å bedre kunne svare på oppgaven.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn.

#### **Fylkeskommunen i Telemark sin rolle i undersøkelsen**

Gjennom Folkehelseloven § 20 er fylkeskommunen forpliktet til å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. I «Regional strategi for folkehelse i Telemark 2012-2016» har Fylkeskommunen trukket frem tre strategier som skal legges til rette for dette. En av strategiene er å «Fremskaffe kunnskap om ulike måter å håndtere plan- og beslutningsprosesser innenfor folkehelseområdet, herunder hvordan helseoversikter benyttes i planprosesser og som grunnlag for beslutninger og tjenesteutforming.» Som en del av denne strategien utlyste fylkeskommunen i 2015 et mastergradsstipend til noen som kunne tenke seg å skrive en oppgave med dette som tema. Foruten å finansiere prosjektet med et stipend, stiller Fylkeskommunen med en biveileder.



Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med

**Lisa Veronica Mikkelsen** (student, Folkehelsevitenskap NMBU)

Tlf 47011344 | E-post [lisa.veronica.m@gmail.com](mailto:lisa.veronica.m@gmail.com)

**Hege Hofstad** (Hovedveileder, tilknyttet NMBU):

Tlf 90725233 | E-post [Hege.hofstad@nibr.hioa.no](mailto:Hege.hofstad@nibr.hioa.no)

**Kjersti Nordgaard Aase** (biveileder, Telemark Fylkeskommune)

Tlf 41453673 | E-post [Kjersti.Norgard.Aase@t-fk.no](mailto:Kjersti.Norgard.Aase@t-fk.no)

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 10 VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE

Ansvarlig for planstrategi		
<b>Informantens rolle og ansvarsområde</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hva er stillingen din, og i korte trekk hva er ansvarsområdene dine?               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Synes du stillingen din er relevant for folkehelsearbeidet i kommunen, og i så tilfelle hvordan? Utdyp.</li> <li>b) Hvordan har du tilegnet deg kunnskap om folkehelse? – og om planarbeid?</li> </ol> </li> <li>2. Hvor lenge har du jobbet i kommunen?               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Samme stilling?</li> </ol> </li> </ol>	kommentarer
<b>Forståelse av helse og folkehelsearbeid</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Hva legger du i begrepene               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Helse</li> <li>b) Forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid (eksempler fra kommunen?) Skiller du mellom forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid?</li> </ol> </li> <li>4. Opplever du at menneskene du møter i jobbsammenheng har samme forståelse for begrepene helse, forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid som det du har? Utdyp (ledere, politikere, kolleger, samarbeidspartnere)</li> </ol>	
<b>Kobling folkehelse og plan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Gjennom samhandlingsreformen, og folkehelseloven som er en del av denne, har kommunen fått et mer definert og større ansvar for folkehelsen. Kommunen skal øke fokuset på forebyggende og helsefremmende arbeid. «Forebygge mer fremfor å bare reparere».               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Hva mener du er suksesskriteriene for at kommunen/e skal få til dette?</li> </ol> </li> <li>6. Hvordan opplever du at din kommune løser dette? Utfordringer?</li> <li>7. Har du opplevd en endring i kommunens folkehelsearbeid etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012? Gi gjerne eksempler, hvis du har. <i>(- hvis du ikke har jobbet så lenge i kommunen, har du merket noen endring siden du ble ansatt?)</i></li> <li>8. Kjenner du til kommunens oversikt over folkehelseutfordringer og faktorer som fremmer og hemmer helse?</li> <li>9. Bruker du den i det daglige arbeidet ditt? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvordan brukes den?</li> <li>10. Hvem andre ser du for deg kan ha nytte av oversikten? (i og utenfor organisasjonen)</li> </ol>	

	<p>Hvorfor og hvordan? Blir den brukt, tror du? I hvilken grad og hvordan?</p> <p>11. Har du kommentarer til innholdet eller hvordan den er utformet?</p> <p>12. Hvordan opplever du at oversikten fungerer som verktøy i arbeid med planer og/eller annet arbeid?</p> <p>13. Vet du hvem som har utarbeidet oversikten og hvordan det ble gjort?</p> <p>14. Kjenner du til andre kilder til informasjon om folkehelsestatus i kommunen din? a) Hvilke? Bruker du disse? Hvordan?</p> <p>15. I hvilken grad opplever du at oversikten og eventuelle andre kunnskapskilder har innflytelse på hvilke prioriteringer som blir gjort i kommunens planverk? a) Hvilke andre faktorer spiller inn når prioriteringer skal gjøres?</p>	
	<p>16. Hvordan deltok du i arbeidet med å utarbeide planstrategien? a) Hvem andre deltok i arbeidet? Hvordan? Hadde noen av deltakerne kompetanse innen folkehelse? b) I hvilken grad ble det lagt opp til medvirkning og allmenn debatt?</p> <p>17. Var du med på å utarbeide den forrige regionale planstrategien?</p> <p>18. Var arbeidet med planstrategien annerledes denne gang, sammenlignet med forrige gang? Hvordan? Hvorfor</p> <p>19. Beskriv hvordan folkehelseperspektivet ble ivarettatt under arbeidet og hvordan dette kommer til uttrykk i det endelige dokumentet?</p> <p>20. Ble helseoversikten brukt i dette arbeidet? I hvilken grad og hvordan? a) Ble andre kunnskapskilder med relevans til folkehelse brukt?</p> <p>21. Har du deltatt i utarbeidelsen av gjeldende kommuneplan? a) Hvordan? b) Hvem andre har medvirket? Noen med folkehelsekompetanse? c) Vet du hvilke verktøy som er brukt i arbeidet med folkehelsefokus i kommuneplanen? Hvilket kunnskapsgrunnlag, hvor er informasjonen hentet fra?</p> <p>22. har du medvirket til utarbeidelsen av handlingsplanen for folkehelse? a) Hvem andre? b) Hvilken status vil denne få? Hvordan vil den bli brukt og av hvem?</p>	

<b>Forankring i organisasjonen</b>	<p>23. I hvilken grad føler du at folkehelse er et tema som opptar deg og kollegaene dine i det daglige arbeidet? Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>24. Hva mener du er de største helseutfordringene i Kommunen?</p> <p>25. Hva mener du er det viktigste kommunen kan gjøre i folkehelsearbeidet?</p> <p>26. Hvilke avdelinger/sektorer i kommunen mener du er relevante for folkehelsearbeidet?</p> <p>a) På hvilken måte?</p> <p>b) Vet du om disse involveres i planarbeid? På hvilken måte?</p> <p>27. Vet du om noen folkehelseutfordringer som på grunn av sin kompleksitet best møtes ved å arbeide på tvers av avdelinger/sektorer? (Eventuelt i samarbeid med sivile aktører, på flere styringsnivå?)</p> <p>a) Har du eksempler fra kommunen?</p> <p>28. I hvilken grad opplever du at folkehelse er et tema som opptar den <i>administrative</i> ledelsen i kommunen</p> <p>c) Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>29. I hvilken grad opplever du at folkehelse er et tema som opptar den <i>politiske</i> ledelsen</p> <p>d) Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>30. Hvordan og i hvilken grad er politisk og administrativ ledelse involvert i utarbeidelsen av planstrategien og i planprosesser?</p> <p>31. Hva tror du / opplever du at fremmer eller hemmer folkehelsesatsningen i kommunen?</p> <p>a) I organisasjonen generelt</p> <p>b) I administrasjonen</p> <p>c) Hos den politiske ledelsen</p> <p>d) Utenfor organisasjonen (frivillige og private aktører)</p>	
	<p>32. Er det noe du vil tilføye eller utdype?</p>	
	<p>Det var det! Takk for at du kunne stille opp på dette ☺</p>	

<b>Ansvarlig for helseoversikt</b>		
<b>Informantens rolle og ansvarsområde</b>	<p>1. Hva er stillingen din, og i korte trekk hva er ansvarsområdene dine?</p> <p>a) Utdyp folkehelseansvar (hvor stor er stillingen som folkehelsekoordinator og hvem er nærmeste leder)</p> <p>b) Innebærer stillingen din planarbeid? Utdyp</p> <p>c) Hvis ja, hvordan har du tilegnet deg kunnskap om planarbeid? (-og folkehelsearbeid?)</p> <p>2. Hvor lenge har du jobbet i kommunen?</p> <p>a) Samme stilling?</p>	<b>Kommentarer</b>

<b>Forståelse av helse og folkehelsearbeid</b>	<p>3. Hva legger du i begrepene</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Helse</li> <li>Forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid. skiller du mellom forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid? (eksempler fra kommunen?)</li> </ol> <p>4. Opplever du at menneskene du møter i jobbsammenheng har samme forståelse for disse begrepene som det du har? (ledere, kolleger, samarbeidspartnere)</p>	
<b>Kobling folkehelse plan</b>	<p>5. Gjennom samhandlingsreformen, og folkehelseloven som er en del av denne, har kommunen fått et mer definert og større ansvar for folkehelsen. Kommunen skal øke fokuset på forebyggende og helsefremmende arbeid. «Forebygge mer fremfor å bare reparere».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hva mener du er suksesskriteriene for at kommunen/e skal få til dette?</li> </ol> <p>6. Hvordan opplever du at din kommune løser dette? Utfordringer?</p> <p>7. Har du opplevd en endring i kommunens folkehelsearbeid etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012? Gi gjerne eksempler, hvis du har. <i>(- hvis du ikke har jobbet så lenge i kommunen, har du merket noen endring siden du ble ansatt?)</i></p> <p>-----</p> <p>8. Kjenner du til kommunens planstrategi?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Har du medvirket til denne? Hvordan?</li> </ol> <p>9. Hvordan opplever du at folkehelseperspektivet er ivaretatt i planstrategien?</p> <p>-----</p> <p>10. Hvilken rolle har du hatt i arbeidet med Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Var dere flere som deltok i arbeidet? Hvem/fra hvilke avdelinger? Hvordan?</li> </ol> <p>11. Kan du (kort) beskrive prosessene med å innhente og organisere nødvendig informasjon og kunnskap?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hvilke kilder ble brukt og hvilken type informasjon ble innhentet?</li> <li>I hvilken grad har dere klart å innhente kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Hvordan innhentet du/dere denne kunnskapen?</li> <li>Møtte dere noen utfordringer i arbeidet med å innhente informasjon og kunnskap?</li> </ol>	

	<p>e) Hva opplever du som suksesskriterier i denne delen av arbeidet?</p> <p>12. Hva har dere lagt vekt på når dere har utformet oversikten?</p> <p>13. Kan du gi en kort beskrivelse av det endelige resultatet?</p> <p>b) Er det noe du mener fungerer spesielt godt eller noe du ville endret på?</p> <p>14. Kjenner du til veilederen til helseoversikten, den som Folkehelseinstituttet har gitt ut?</p> <p>c) Brukte dere denne?</p> <p>15. Hvem ser du for deg at kan ha nytte av helseoversikten?</p> <p>d) Innenfor organisasjonen? Hvordan?</p> <p>e) Utenfor organisasjonen? Hvordan?</p> <p>16. Bruker du oversikten i (det daglige) arbeidet ditt? Hvordan?</p> <p>f) Ser du noen fordeler, ulemper eller utfordringer med å skulle forholde deg til folkehelseoversikten i arbeidet ditt?</p> <p>17. Hva mener du kjennetegner en god helseoversikt?</p> <p>18. Hvordan opplever du at oversikten fungerer som et verktøy i arbeid med planer og/eller annet arbeid?</p> <p>19. I hvilken grad opplever du at oversikten og andre kunnskapskilder har innflytelse når prioriteringer skal gjøres kommunens planverk? – når beslutninger skal tas?</p> <p>a) Hvilke andre faktorer spiller inn?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>20. Har du deltatt i arbeidet med handlingsplanen for folkehelse, den som ble vedtatt for en ukes tid siden?</p> <p>a) Hvordan?</p> <p>b) Hvem andre deltok? Hvordan?</p> <p>c) I hvilken grad og hvordan brukte dere helseoversikten og eventuelle andre kunnskapskilder i arbeidet?</p> <p>d) Hvordan og i hvilken grad ble det lagt opp til medvirkning i arbeidet med planen?</p> <p>e) I hvilken grad ble den politiske ledelsen involvert i prosessen?</p> <p>21. Opplevde dere noen utfordringer under arbeidet? Hva? Hvordan løste dere disse?</p> <p>22. Hva opplever du som suksesskriterier for at resultatet, selve planen, skal bli bra?</p> <p>23. Hvem er planen laget for og hvilken status/betydning vil den ha?</p> <p>-----</p> <p>----</p>	
--	--	--

	24. I hvilken grad opplever du at folkehelseperspektivet blir ivaretatt i kommuneplanen? – og annet planverk?	
<b>Forankring i organisasjonen</b>	<p>25. Hva mener du er de største helseutfordringene i P kommune?</p> <p>26. Hva mener du er det viktigste kommunen kan gjøre i folkehelsearbeidet?</p> <p>27. Hvilke avdelinger i kommunen mener du er relevante for folkehelsearbeidet?</p> <p>a) På hvilken måte?</p> <p>28. Vet du om noen folkehelseutfordringer som på grunn av sin kompleksitet best møtes ved å arbeide på tvers av avdelinger/sektorer? (Eventuelt i samarbeid med sivile aktører, på flere styringsnivå?)</p> <p>a) Har du eksempler fra kommunen?</p> <p>b) I hvilken grad har du kontakt med de ulike avdelingene/virksomhetene i kommunen?</p> <p>29. Hvordan opplever du engasjementet for folkehelse generelt i kommuneorganisasjonen?</p> <p>30. I hvilken grad opplever du at folkehelse er et tema som opptar den <i>administrative</i> ledelsen i fylkeskommunen (fylkesrådmannen og hans ledergruppe, og ev andre ledere?)</p> <p>a) Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>31. I hvilken grad opplever du at folkehelse er et tema som opptar den <i>politiske</i> ledelsen?</p> <p>a) Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>b) I hvilken grad har du direkte kontakt med den politiske ledelsen / Kommunestyret</p> <p>32. Hvordan og i hvilken grad opplever du at politisk og administrativ ledelse involvert i planprosesser?</p>	
	<p>33. Hva fremmer og hva hemmer folkehelsesatsningen i kommunen?</p> <p>a) I organisasjonen generelt</p> <p>b) I administrasjonen (politisk/administrativ)</p> <p>c) Hos den politiske ledelsen</p> <p>d) Utenfor organisasjonen (frivillige og private aktører)</p> <p>34. Er det noe du vil utdype eller tilføye?</p>	
	Takk for at du kunne stille opp ☺	

Politiker		
<b>Informantens rolle og ansvarsområde</b>	1. Hvilken rolle har du som politiker i X kommune kommune?	kommentarer

(Utvalg for helse og omsorg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hvor lenge har du vært aktiv i kommunestyret? Hvilken rolle har du hatt?</li> <li>b) Hva dreier ditt politiske ansvarsområde seg om? - Folkehelse? i så tilfelle hvordan?</li> <li>c) Hvordan har du tilegnet deg kunnskap om folkehelse?</li> <li>d) Kan du fortelle kort om bakgrunnen din?</li> </ul>	
<b>Forståelse av helse og folkehelsearbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Hva legger du i begrepene <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Helse</li> <li>b) Forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid? (eksempler fra kommunen?) Skiller du mellom forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid?</li> </ul> </li> <li>3. Opplever du at menneskene du møter gjennom ditt politiske arbeid/verv har samme forståelse for begrepene helse, forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid som det du har? Utdyp (ledere, <b>andre politikere</b>, kommuneadministrasjon, samarbeidspartnere)</li> </ul>	
<b>Kobling folkehelse og plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Gjennom samhandlingsreformen, og folkehelseloven som er en del av denne, fikk kommunene et mer definert og større ansvar for folkehelsen/folkehelsearbeidet. Kommunene skal øke fokuset på forebyggende og helsefremmende arbeid. «Forebygge <i>mer</i>, for å reparere mindre». (På denne måten skal presset på spesialhelsetjenesten bli mindre.) <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hvordan opplever du at din kommune lever opp til forventningene som ligger i samhandlingsreformen?</li> <li>b) Hva mener du fremmer og hva hemmer en slik utvikling? (Altså utviklingen i arbeidet for et mer helsefremmende samfunn)</li> </ul> </li> <li>5. <i>Dersom vedkommende har vært aktiv som politiker i kommunen over flere år:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Har du opplevd en endring i kommunens folkehelsearbeid (/planarbeid) etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012? Gi gjerne eksempler, hvis du har. (<i>- hvis du ikke har deltatt så lenge i kommunepolitikken, har du merket noen endring siden du fikk ditt første politiske verv i kommunen?</i>)</li> </ul> <p>-----</p> </li> <li>6. Kjenner du til kommunens oversikt over folkehelseutfordringer og faktorer som fremmer og hemmer helse?</li> <li>7. Er den et verktøy for deg som politiker? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvordan brukes den?</li> </ul>	



	<p>8. Hvem ser du for deg kan ha nytte av oversikten? (i og utenfor organisasjonen) Hvorfor og hvordan? Blir den brukt, tror du? I hvilken grad og hvordan?</p> <p>9. Har du kommentarer til innholdet eller hvordan den er utformet?</p> <p>10. Hvordan opplever du at oversikten fungerer som verktøy når beslutninger skal tas?</p> <p>11. Vet du hvem som har utarbeidet oversikten og hvordan det ble gjort?</p> <p>12. Kjenner du til andre kilder til informasjon om folkehelsestatus i kommunen din? a) Hvilke? Bruker du disse? Hvordan?</p> <p>13. I hvilken grad opplever du at oversikten og eventuelle andre kunnskapskilder har innflytelse på hvilke prioriteringer som blir gjort i kommunens planverk? a) Hvilke andre faktorer spiller inn når prioriteringer i planverket skal gjøres?</p>	
	<p>14. Planstrategien a) I hvilken grad har den politiske ledelsen påvirket innholdet i den kommunale planstrategien? b) Har du hatt innspill til planstrategien? c) I hvilken grad opplever du at folkehelseperspektivet er ivaretatt i planstrategien? d) Vet du hvor informasjonen om folkehelse er hentet fra?</p> <p>15. Kommuneplanens samfunnsdel a) I hvilken grad og eventuelt hvordan er (var) politikerne med i utarbeidelsen av samfunnsplanen? Hvordan foregår arbeidet? Deltok du? b) Vet du hvilke verktøy som er brukt i arbeidet med folkehelsefokuset i kommuneplanen? Hvilket kunnskapsgrunnlag, hvor er informasjonen hentet fra?</p> <p>16. Hvilke av kommunens planer mener du er relevante for folkehelse? a) I hvilken grad opplever du at folkehelsesatsningen blir ivaretatt i kommunens planverk?</p>	
<b>Forankring i organisasjonen</b>	<p>17. I hvilken grad føler du at folkehelse er et tema som opptar deg og kommunestyret? Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>18. Hva opplever du som avgjørende for at kommunestyret skal rette oppmerksomheten mot en spesiell folkehelseutfordring?</p> <p>19. Hva mener du er de største helseutfordringene i Kommunen?</p>	

	<p>20. Hva mener du er det viktigste kommunen kan gjøre i folkehelsearbeidet?</p> <p>21. Hvilke avdelinger/sektorer i kommunen mener du er relevante for folkehelsearbeidet?</p> <p>e) På hvilken måte?</p> <p>f) (Vet du om disse involveres i planarbeid? På hvilken måte?)</p> <p>22. Vet du om noen folkehelseutfordringer som på grunn av sin kompleksitet best møtes ved å arbeide på tvers av avdelinger/sektorer? (Eventuelt i samarbeid med sivile aktører, på flere styringsnivå?)</p> <p>a) Har du eksempler fra kommunen?</p> <p>23. I hvilken grad opplever du at folkehelse er et tema som opptar den <i>administrative</i> ledelsen i fylkeskommunen (Rådmannen og hans ledergruppe og ev andre ledere?)</p> <p>g) Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>24. I hvilken grad opplever du at folkehelse er et tema som opptar de ulike sektorene i kommunen?</p> <p>h) Hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>25. Hvordan og i hvilken grad er politisk og administrativ ledelse involvert i utarbeidelsen av planstrategien og i planprosesser?</p> <p>26. Hva tror du / opplever du at fremmer eller hemmer folkehelsearbeidet i kommunen?</p>	
<b>Kobling folkehelse og plan</b>	27. Er det noe du vil tilføye eller utdype?	
	Det var det! Takk for at du kunne stille opp på dette ☺	



**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway